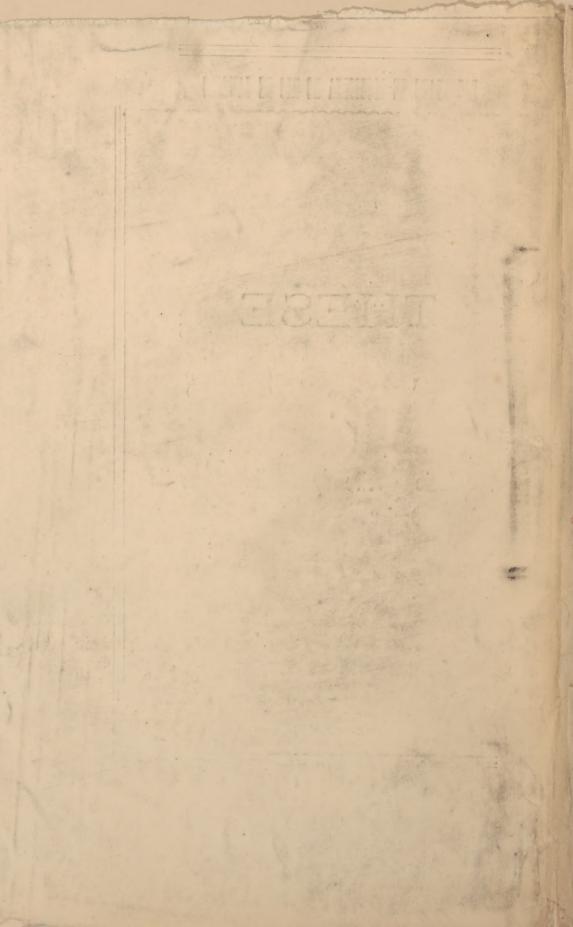
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Antonio Freire de Mattos Barretto

Typ. de J. D. de Oliveira — Rua do Ouvidor n. 141

1883

Mattos Barretto, A. F.

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

CADEIRA DE CLINICA OPHTHALMOLOGICA

CONJUNCTIVITE PURULENTA DO RECEM-NASCIDO

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA

Atropina

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

CADEIRA DE OBSTETRICIA

Hemorrhagias puerperaes

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Hypoemia intertropical

THESE

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

em 29 de Setembro de 1883

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

em 18 de Dezembro do mesmo anno

PELO

Dr. Antonio Freire de Mattos Barretto ✓

Chefe de clinica do Serviço de molestias dos ouvidos, garganta e fossas nasaes na Policlinica Geral do Rio de Janeiro.

NATURAL DE SERGIPE

FILHO LEGITIMO DO

Dr. Antonio Freire de Mattos Barretto

E DE

D. Antonia Eugenia de Mattos Barretto.

RIO DE JANEIRO

Typ. de J. D. de Oliveira = Rua do Ouvidor, 141.

1883

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR Conselheiro Dr. Vicente Candido Figueira de Saboia.
VICE-DIRECTOR Conselheiro Dr. Antonio Corrêa de Souza Costa.
SECRETARIO Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

Drs. : **LENTES CATHEDRATICOS**

João Martins Teixeira	Physica medica.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceio	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Conselheiro A. C. de Souza Costa	Hygiene e historia da medicina.
Conselheiro Ezequiel Corrêa dos Santos	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem Domingos de Almeida Martins Costa	Clinica medica de adultos.
Cons. Vicente Candido Figueira de Saboia João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Augusto Ferreira dos Santos	Chimica medica e mineralogia.
Antonio Caetano de Almeida	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therapeutica especialmente brasileira.

ADJUNTOS

José Maria Teixeira	Physica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologia.
....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladisláu de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Francisco de Castro Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma Francisco de Paula Valladares Pedro Severiano de Magalhaes Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Paulo de Carvalho	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Carlos Amazonio Ferreira Penna	Clinica ophthalmologica.
....	Clinica psychiatrica.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas these que lhe são apresentadas.

Typ. e lith. de J. D. de Oliveira — Rua do Ouvidor n. 141.

Queridos Pais! cousas ha que o coração humano as sente, porém que a palavra, ou as não interpreta, ou não ha phrases para lhes dar uma formula! Vós sabeis quanto vos devo, conheceis este coração que formastes, pois bem é quanto me basta para que seja feliz. A gratidão, amizade, respeito e consideração que vos consagro; meu coração as comprehende, porém as minhas toscas phrases não as sabem formular, e cousas tão sagradas não se materialisão.

Agora que hei terminado tão longa quão espinhosa tarefa, agora depois de ter affrontado tantas decepções, agora finalmente que me acho alistado nas fileiras da nobre profissão que encetei; permitti que vos offereça este mesquinho e mal sazonado fructo colhido atravez de tantas difficuldades, não para que o considereis como remuneração dos illimitados beneficios que de vós hei recebido, não, mas sirva elle ao menos de signal de profundo respeito e eterna gratidão de que vos é devedor, vosso filho obediente

ANTONIO.

A' minha Prima

A Exma. Sra.

D. Joanna de Menezes Barretto

A MEUS IRMÃOS

O sangue e a educação sempre por tal modo nos identificarão, que este dia, o maior de minha vida, não pode deixar de encontrar um écho de jubilo em vossas almas; não é muito, pois, que tenhais aqui um lugar, quando o tendes de ha muito em meu coração.

A MEU BOM TIO

O ILLM. SR.

José Vieira Barretto.

E A MINHA EXTREMOSA TIA

A EXMA. SRA.

D. Rosa Sophia de Menezes Barretto

E' bem agradavel para mim a satisfação de poder expressar-vos quanto minha alma é profundamente grata ás repetidas provas de amizade e interesse que de vós hei recebido!

Dedicando-vos a minha these cumpro um doce voto do meu coração, testemunhar-vos a minha amizade e o reconhecimento de uma grande parte da minha felicidade.

AOS MEUS PRIMOS E COMPANHEIROS DE INFANCIA

Dr. Francisco Muniz Barretto
Dr. Antonio Coelho Barretto.

N'este meu coração sempre estareis
Em quanto a alma estiver com elle unida.

(*)

AO MEU BOM AMIGO

O Illm. Sr. Dr. Tobias Rabello Leite

E A SUA EXMA. FAMILIA

Sincera expressão de cordial amizade e reconhecimento aos seus obsequios.

A MEUS TIOS

OS ILLMOS. SRS.

Capitão Antonio Coelho Barretto.
José Sotero do Prado

E AS SUAS EXMAS. FAMILIAS

Exigua, porém sincera expressão de minha verdadeira amizade.

A MINHA MADRINHA

A EXMA. SRA.

D. Marianna Joaquina de Menezes Barretto.

Muita estima e dedicação.

A MEUS PRIMOS E ESPECIAES AMIGOS

Francisco Lucino do Prado.
Dr. Albano do Prado Pimentel.
Francisco Correia Dantas.
Dr. João Gomes Barretto.
Dr. Antonio Seraphim de Almeida Vieira.
Manoel Cardoso Barretto.
José Sotero Barretto.
Antonio Coelho Barretto Sobrinho.

O tributo que offereço é pouco, seio-o,
Mas, tomae-o... vem d'alma, é nobre.

(*)

AOS MEUS PARENTES E BONS AMIGOS

O EXM. SR.

Barão de Maiom.

E OS ILLMS. SRS.

Dr. Manoel José de Menezes Prado.
Dr. Felix José de Menezes Serra.

Cordial amizade.

AOS ILLMS. SRS.

Dr. Francisco Manoel Paraizo Cavalcanti.
Dr. Americo Alves Guimarães.
Dr. Francisco de Salles Gomes.
Libanio de Souza Britto.
Thomaz Narcizo Ferreira.
Capitão João Ribeiro Sanches.

E AS SUAS EXMAS. FAMILIAS

Fraco, mas verdadeiro testemunho de minha constante amizade.

Aos meus companheiros de republica e excellentes amigos

Drs. Antonio Neves da Rocha.
João Leite de Oliva.
Sylvio Deolindo Fróes.
Antonio Correia Dantas.

Mon cœr abonde en sentiments
Mais mon esprit ne peut les rendre ! !

(*)

AOS MEUS ILLUSTRADOS MESTRES E BONS AMIGOS

Dr. João Florencio Gomes.
Dr. Benicio de Abreu.
Conego Dr. João Nepomuceno Rocha.

Signal de cordial amizade e profundo reconhecimento.

AOS MEUS DISTINCTOS E ESTIMAVEIS COLLEGAS

Dr. Luiz Joaquim da Costa Leite.
Dr. José Wellington Cabral de Mello.
Dr. Miguel José Rodrigues Pereira Junior.
Dr. João Soares Palmeira.
Dr. Rozendo Cezar Teixeira.
Dr. Julio Flavio Accioli de Menezes.
Dr. Antonio Leocadio da Rocha.
Dr. João Salles Nunes.

Lembrança do bello tempo que juntos passamos.

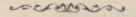
AOS COLLEGAS DOUTORANDOS

Felicidade.

A'S PESSOAS QUE ME ESTIMÃO

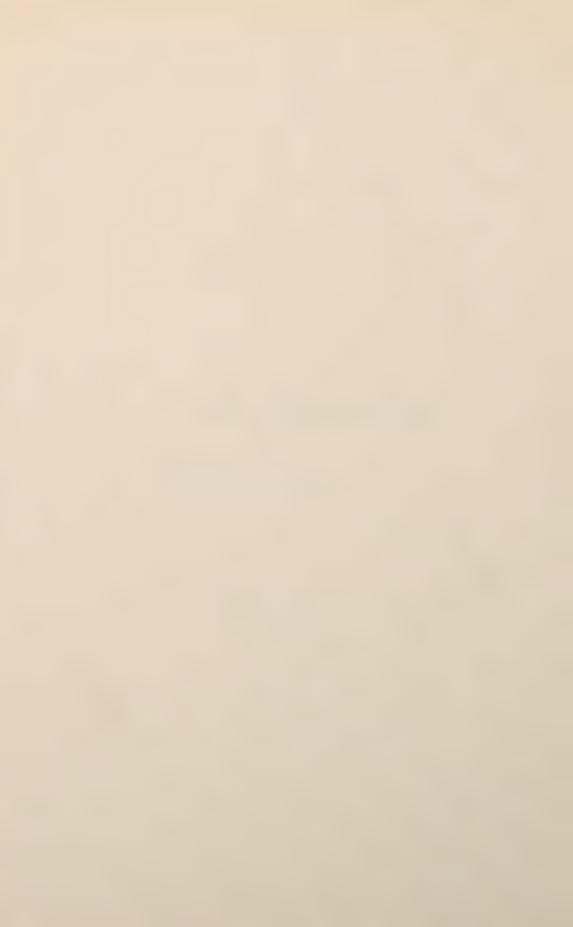
Retribuição de amizade.

A' illustrada congregação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Homenagem ao talento, tributo ao saber.

AOS COLLEGAS DE ACADEMIA.

Um saudoso adeus.

DISSERTAÇÃO

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas officiumque fuit.
(OVIDIO).

CONJUNCTIVITE PURULENTA DO RECEM-NASCIDO

SYNONIMIA

Ophthalmia purulenta do recem-nascido, blepharo-blenorrhéa, ophthalmo-blennorrhéa, blennophthalmia, taes são as denominações que tem sido dadas á affecção que escolhemos para assumpto de nossa dissertação.

DEFINIÇÃO E HISTORICO

Póde se, de uma maneira geral, definir a conjunctivite purulenta, uma molestia da conjunctiva caracterisada pela formação de um liquido purulento, em maior ou menor quantidade, na superficie desta mucosa.

Guersant define a conjunctivite purulenta do recem-nascido, uma inflammação especifica da conjunctiva oculo-palpebral, que se observa nas crianças, no momenso em que ellas chegão ao mundo, ou alguns dias depois do seu nascimento.

A historia d'esta affecção, desconhecida para os authores da antiguidade, remonta ao anno 1646: sendo Rivière, de Montpellier, o primeiro author francez que d'ella se occupou.

Um pouco mais tarde, em 1690, a Academia *des curieux de la nature*, e, em 1793, Dreyssig d'Erfut, emuma memoria intitulada — *Dissertatio de ophtalmia recens natorum* — estudárão igualmente esta molestia.

No seculo XVIII, Guelmaz e o abbade Demonceaux occuparão-se ainda do mesmo assumpto.

Mas é preciso chegar ao seculo XIX, para encontrar-se uma historia quasi completa da affecção que estudamos.

Billard, em seu Tratado das molestias dos recem-nascidos e das crianças de peito, não olvidou este capitulo importante da pathologia da infancia ; bem como Mackensie em sua importante obra sobre as molestias dos olhos, na qual publicou uma estatistica verdadeiramente seria, destinada a esclarecer um dos pontos mais debatidos da etiologia d'esta affecção.

Dequevauvilliers e Chassaignac publicárão, um nos Archivos de medicina, o outro nos Annaes de oculistica, o resultado de suas numerosas observações.

Finalmente, nestes ultimos annos, trabalhos importantissimos tem apparecido sobre este mesmo assumpto.

Dentre estes, citaremos as obras de Galezowski, Abadie, Wecker, etc., etc.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

O estudo da etiologia da ophthalmia purulenta do recem-nascido é dos mais difficeis e dos mais interessantes. Ella não está ainda bem conhecida ; ou, pelo menos, um grande numero de seus pontos restão ainda por ser elucidados.

Tem se invocado uma multidão de causas para explicar o desenvolvimento d'esta molestia.

Entre ellas ha um certo numero a que se tem dado importancia exagerada, emquanto que outras tem sido algum tanto esquecidas.

Reunindo neste capitulo todas as causas indicadas pelos diversos authores que consultamos, nos esforçaremos por precisar, tanto quanto nos fôr possivel, o valor que é preciso attribuir-lhes.

Dividiremos estas causas em tres classes :

1ª *classe*.—CAUSAS PROVENIENTES DA CRIANÇA.

2ª *classe*.—CAUSAS PROVENIENTES DA MÃI.

3ª *classe*.—CAUSAS HYGIENICAS.

CAUSAS PROVENIENTES DA CRIANÇA. — Estas causas, ás quaes muitos observadores ligão diminuta importancia, nos parecem ter menos influencia sobre a producção da molestia do que sobre sua marcha e sua intensidade.

Não se póde negar que todo recem-nascido, em virtude de sua fraqueza natural, deve estar predisposto a receber a impressão das influencias nocivas que se agitão em torno de si, em um meio em que elle apparece bruscamente e pela primeira vez. Esta predisposição não poderá deixar de ser augmentada, si á fraqueza inherente ao recem-nascido vier ajuntar-se a fraqueza congenita.

O que dizer igualmente da actividade maior de todas as funcções á entrada da vida, do pouco exercicio da maior parte d'ellas, do desenvolvimento do systema capillar maior na criança do que no adulto ?

Não se póde ahi vêr um terreno favoravel á acção de todas as influencias nocivas ?

Enfim, uma outra causa, assignalada por alguns authores, é a *descamação epithelial* da mucosa conjunctival que se vê sobrevir nos dias que se seguem ao nascimento (do terceiro ao sexto), em companhia de muitos outros accidentes, taes como : descamação do epithelium epidermico, secreção lactea e muitas vezes ictericia.

Esta descamação se acompanha de uma secreção limpida a principio, depois turva e de um ligeiro gráo de irritação da conjunctiva (Chrétien).

Si acontece sobrevir um resfriamento, uma pancada de ar (Guersant) ; uma luz muito viva (Gueniot) ; si a criança se achar em um meio insalubre, em uma maternidade, esta descamação póde tornar-se o ponto de partida de uma ophtalmia purulenta.

Gueniot tem mais confiança n'esta descamação epithelial, como causa de ophthalmia, do que na contaminação directa da criança, abrindo os olhos no momento em que ella atravessa a vagina, pelos liquidos, pelos humores da mãi.

Causas provenientes da mãi.—São : a *leucorrhea*; a *vaginite*, a *syphilis*, as *difficuldades do parto*, a *puerperalidade*.

Comecemos pela leucorrhéa e pela vaginite.

A influencia destas duas molestias sobre a producção da ophthalmia purulenta tem sido muito contestada. Ha grandes nomes contra ; ha tambem grandes nomes a favor.

Velpeau, Vidal de Cassis, a regeitão sob pretexto de que a criança vem ao mundo com os olhos fechados.

Marjolin a contesta igualmente.

Sichel a considera excepcional.

Gosselin não encontrou traços de ophthamia em numerosas crianças nascidas de mãis affectadas de vaginite.

Sabemos bem que a criança nasce com os olhos fechados, mas isto impede o liquido do corrimento (quando existe), de se accu-

mular no angulo interno do olho, e no sulco interpalpebral, esperando o momento, muito favoravel á inoculação, em que a criança abre os olhos pela primeira vez ?

Vejamos agora os authores que são partidarios da influencia dos corrimentos leucorrheicos e blennorrhagicos.

Para Breyer, a ophthalmia se declara sempre que a mãi é leucorrheica e que a cabeça do feto fica, durante muito tempo, insinuada.

O Dr. Dahlin, medico do lazareto real de Stockholmo, affirma que a maioria dos casos de ophthalmia do recme-nascido provem de blennorrhéa vaginal.

A estatistica do Dr. Lederschold (de Stockholmo) ensina que a ophthalmia mostrou-se em um setimo dos casos em que a mãi apresenta um corrimento : ella affectou sómente um decimo oitavo das crianças cujas mãis erão isemptas de corrimento.

Para Galezowski tambem, a verdadeira causa da ophthalmia reside na inoculação de secreções da madre ou da vagina (vaginite, leucorrhéa), no momento da passagem da criança atravez dos orgãos sexuaes da mãi.

Sperino cita em seu appoio muitas observações detalhadas.

Berne e Rollet (de Lion) são da mesma opinião.

Admittem igualmente estas causas : Scarpa, Kennedy, S. Laughier, Guersant e Mackensie, que fornece os numeros seguintes :

20 crianças sobre 137 ; provindo de mulheres, tendo corrimento, tiverão a ophthalmia purulenta.

10 crianças sobre 181, provindo de mulheres, não tendo corrimento, tiverão a mesma molestia.

Finalmente, para terminar o estudo d'estas duas causas (leucorrhéa e vaginite), diremos que Chassaignac considera estes corrimentos como uma causa muito provavel de ophthalmia, em virtude da facilidade com que as crianças abrem as palpebras ao contacto dos corpos estranhos.

Em face de opiniões tão contrarias, representadas por similhantes authoridades, é-nos muito difficil precisar a influencia que estas duas molestias exercem na producção da ophthalmia purulenta do recem-nascido.

Todavia, não partilhando as opiniões de Breyer e Sichel, que julgamos exageradas, consideramos estas duas molestias (vaginite e leucorrhéa) como as causas mais activas e mais frequentes da ophthalmia purulenta do recem-nascido.

Syphilis. —Querem alguns authores que a syphilis exerça uma influencia activa na etiologia da ophthalmia purulenta. Duplay ahi vê um abuso d'esta tendencia que se tem de attribuir á syphilis todos os accidentes que sobrevêm nos syphiliticos.

Que uma criança affectada de syphilis constitucional contrahia uma ophthalmia purulenta, nada mais facil de comprehender, pois que se acha submettida ás influencias communs, e além disso a intoxicação syphilitica a tem collocado em más condições para reagir. Mas ahi pára a influencia diathesica.

As difficuldades do parto podem obrar, facilitando a inoculação dos liquidos vaginaes, assim como as manobras a que o parteiro é obrigado a lançar mão para terminar o parto.

Puerperalidade.—O estado puerperal é para alguns authores uma causa muito poderosa de ophthalmia purulenta. Trousseau e Lorain, os primeiros que a assignalarão, notarão, muitas vezes nos serviços de parto, que existia uma solidariedade intima entre as affecções puerperaes que reinavão nas salas e o desenvolvimento das erysipelas, a suppuração do cordão umbelical, a ictericia e a ophthalmia purulenta.

Causas hygienicas.—Estas causas são numerosas e muito poderosas.

Póde se dizer, de uma maneira geral, que toda infracção á hygiene póde tornar-se o ponto de partida de uma ophthalmia purulenta.

Entre estas causas, occupa primeiro lugar o *frio humido.*

E' com effeito, durante o inverno e a primavera, as duas estações do anno mais notaveis pelas alternativas de frio e de humidade, ou de frio humido, que tem se notado a explosão de verdadeiras epidemias de ophthalmia purulenta. Dequevauvilliers observou a maior frequencia d'esta molestia durante os trimestres mais humidos do anno.

Elle recolheu 347 casos de ophthalmia durante o inverno, e na primavera 345 ; emquanto que para os dous outros trimestres, a proporção baixou de 306 a 282.

Elle notou, além d'isso, que as crianças expostas ás correntes de ar, como aquellas cujos berços se achavão collocados perto das janellas, erão muito mais vezes affectadas de ophthalmia do que as outras.

Si á influencia athmospherica ajuntarmos todas as condições que se encontra entre as populações pobres : má alimentação, habitações insalubres, falta de aceio, insufficiencia das vestes, etc, não haverá motivo para surpreza quando dissermos que esta molestia ataca de preferencia as classes pouco previlegiadas.

A ophthalmia purulenta é muito frequente nos serviços de maternidade. Pelas estatisticas feitas em Stockholmo, e publicadas na obra de Mackensie, a proporção das crianças contaminadas attinge quasi o decimo dos nascimentos.

As maternidades são pois fócos de epidemias de ophthalmia purulenta, pois que, mesmo em tempo normal, as condições hygienicas ahi são relativamente muito desfavoraveis. São ainda causas hygienicas :

A *exposição prolongada á uma luz muito viva*, quer natural, quer artificial.

Admittida por Sonenmayer, Scarpa, Vidal de Casis e Mackensie, esta causa é regeitada por Dequevauvilliers, sob pretexto de que as crianças tem sempre os olhos fechados. Para nós, cremos que esta causa, reunida a outras, póde ter alguma influencia, em um momento dado.

O *contacto das substancias irritantes*, taes como : pós volateis, fumaça de tabaco, vapores irritantes, emanações animaes, calor excessivo do fogão, dos cueiros, etc.

A *impressão brusca do frio sobre a conjunctiva*. Exemplos : as lavagens com sabão, com aguardente, como se faz ainda em alguns paizes.

As *variações bruscas de temperatura, quer no quarto, quer no exterior ; as correntes de ar, a pancada de ar*.

Finalmente, uma ultima e poderosa causa é o *contagio* ; este exerce uma influencia incontestavel e incontestada : os exemplos de crianças affectadas de ophthalmia purulenta, que tem passado

a molestia á suas amas de leite, á suas mãis, aos medicos, são infelizmente muito numerosos e muito frequentes.

Dequevauvilliers vio crianças, que tinhão os olhos sãos, contrahirem a molestia por se terem deitado em leitos, onde tinhão estado ophthalmicos.

O contagio se faz por via *immediata* ou *mediata*.

Elle é *immediato*, quando a secreção da mucosa doente é applicada sobre uma conjunctiva sã, pelos dedos, pelas toalhas, pelas esponjas, pelos vasos d'agua, servindo para muitas pessoas lavarem os seus rostos.

O *contagio mediato* se opera pela acção do ar contaminado pelas emanações de individuos affectados de ophthalmia purulenta. As analyses do ar feitas por Chalvet, no hospital de S. Luiz, mostrarão que a athmosphera d'aquellas salas continhão uma multidão de fragmentos epitheliaes, globulos purulentos, vegetações microscopicas, etc.

Segundo Warlomont, a athmosphera carregada por volatilisação do principio do contagio obra com uma intensidade proporcional á quantidade dos germens microscopicos tidos em suspensão. Para este mesmo author, as condições favoraveis a esta impregnação do ar, são o accumulo de individuos, uma ventilação defeituosa e a elevação thermica das salas. Mas para que estes germens contagiosos em suspensão no ar produzão seus effeitos, diz elle, é preciso que as conjunctivas que elles inffectão apresentem um terreno favoravel.

E' preciso que ellas sejão a séde de uma hyperemia.

Qual é a natureza do principio contagioso? As pesquizas scientificas não estão ainda bastante adiantadas para permittirem responder satisfactoriamente a esta questão.

Todavia podemos, desde já, quasi que áffirmar que o principio activo do contagio é representado por um organismo inferior —o *micrococcus*, encontrado por Sattler e Hirschberg no fluxo purulento da conjunctiva dos recem-nascidos, assim como no liquido vaginal antes e depois do parto.

O gráo do perigo do contagio depende, segundo Warlomont, da agudeza da molestia e da qualidade do producto da secreção. Para este mesmo author a energia virulenta repousa sobre a fres-

cura do puz, e depende do numero e do gráo de actividade dos elementos figurados (microbios ?) que entrão em sua composição.

A ophthalmia purulenta do recem-nascidos é, pois, de natureza parasitaria.

Vê-se, em summa, que as causas da ophthalmia purulenta do recem-nascido são numerosas, de tal sorte numerosas, que ás mais das vezes, é muito difficil, senão impossivel, assignalar-lhe uma causa unica ; ella depende quasi sempre de um conjuncto de circumstancias, e, para nós, diremos que depois da inoculação pelos liquidos leucorrheicos e blennorrhagicos, depois da epidemia e do contagio, sempre imminente quando ha ajuntamento, as causas mais activas são : o *frio humido*, a *falta de cuidado*, a *falta de aceio*.

SYMPTOMAS

A apparição dos primeiros symptomas tem lugar em uma época mais menos affastada do parto : algumas vezes ao 2° dia, ás mais das vezes do 3° ao 5° (noventa e oito sobre cem, segundo Galezowski).

Ordinariamente, os dous olhos são affectados, quer ao mesmo tempo, quer um depois do outro, e quando ha apenas um só olho doente, é ás mais das vezes o direito.

Qualquer que seja a causa que a tenha produzido, nós consideraremos na ophthalmia purulenta do recem-nascido duas fórmas :

Uma *fórma ligeira* e uma *fórma grave*.

Fórma ligeira.—Nesta fórma, a inflammação limita-se á conjunctiva das palpebras e dos fundos do sacco ; a conjunctiva bulbar fica intacta ; apenas apresenta algumas vezes um maior numero de vasos visiveis a olho nú.

Vamos descrevel-a rapidamente para nos estender mais sobre a fórma grave, muito mais importante em conhecer-se. Os caracteres d'esta fórma são :

Uma vermelhidão *côr de tijolo* da conjunctiva, que secreta uma materia, a principio limpida, depois turva, e immediatamente depois esbranquiçada, cremosa, muitas vezes colorida de amarello quando ha ao mesmo tempo ictericia.

Um corrimento muco-purulento mais ou menos abundante ; ao mesmo tempo, ha uma ligeira tumefacção da palpebra superior.

Esta affecção é pouco grave emquanto se limita a conjunctiva palpebral, mas ella póde invad.r a conjunctiva bulbar : em similhante caso, graves complicações podendo sobrevir, devemos nos mostrar muito reservados sobre o prognostico.

Fórma grave.—N'esta fórma a inflammação invade toda a conjunctiva oculo-palpebral ; ella tem por caracter ameaçar rapidamente a cornea, e algumas vezes todo o globo do olho.

Ella sobrevem, como a fórma ligeira, do terceiro ao quinto dia depois do nascimento ; algumas vezes ao segundo, e raras vezes mais tarde.

Póde-se, sob o ponto de vista de sua evolução symptomatica, dividir esta ophthalmia em tres periodos : o primeiro periodo é caracterizado pelo desenvolvimento dos accidentes inflammatorios ; o segundo, pela abundancia da suppuração ; o terceiro, por uma aggravação geral dos symptomas já existentes, e por alterações graves da cornea e dos meios profundos do olho.

Primeiro periodo.—Em alguns casos, é quasi impossivel separar este periodo do segundo, por ser muito curto.

A molestia começa, como a ophthalmia catarrhal, pela hyperemia da conjunctiva palpebral e da caruncula lacrymal ; os olhos são fechados e as palpebras colladas por pequenas crostas seccas, accumuladas na base dos cilios (Denonvilliers, Gosselin e Guérsant) ; a palpebra superior é ligeiramente inchada ; ella apresenta, em sua superficie cutanea e perto do bordo livre, uma vermelhidão linear, que se estende de um angulo ao outro, e que Billard considera caracteristica. Os bordos livres apresentão-se um pouco tumefeitos, principalmente ao nivel dos angulos internos.

As palpebras se deixão facilmente separar, e, virando-as, vê-se a conjudctiva palpebral coberta, no começo, de estrias avermelhadas, perpendiculares ao bordo livre das palpebras (hyperemia). Immediatamente depois estas estrias são substituidas por um rubor, que, no fim d'este periodo, torna-se uniforme e mascara completamente as glandulas de Meibomius, assim como a cartilagem tarsa.

Ao mesmo tempo, a mucosa tumefaz-se e as papillas começão a fazer saliencia em sua superficie.

Ordinariamente não se nota cousa alguma para o lado do globo ocular, a não ser uma vascularisação um pouco mais consideravel da conjunctiva.

Taes são, pouco mais ou menos, os phenomenos que se observa durante o primeiro periodo da molestia, quando é dado ao medico assistil-o.

Agora, ha ardor, comichão, como o querem muitos authores? Não ousamos affirmal-o; visto como as informações, que temos tomado de algumas mãis, são inteiramente negativas. O liquido secretado n'este periodo é pouco abundante; limpido a principio, pois que é apenas constituido por lagrimas, torna-se em seguida mucoso e para o fim contem já globulos de pús, que dão á secreção uma côr citrina sobre a qual insistia muito Desmarres.

Segundo periodo.—Este segundo periodo que se confunde tão frequentemente com o primeiro, é sobretudo caracterizado pela abundancia da suppuração.

A tumefacção das palpebras, principalmente das superiores, tem augmentado; é notavelmente mais pronunciada do que no periodo precedente; o bordo livre da palpebra superior invade já algum tanto a palpebra inferior, que elle excede. As palpebras são vermelhas, quentes, sensiveis; as dobras cutaneas tem desapparecido; não se vê mais o sulco oculo-palpebral; os cilios são collados por uma secreção amarellada, que, seccando ao ar, fórma crostas em sua base. Estas crostas se distinguem das da blepharite ciliar em que ellas não começão a agglutinar os cilios senão á 1 ou 2 millim., pouco mais ou menos, do bordo livre das palpebras, emquanto que na blepharite é na base, mesmo em contacto com o bordo livre, que as crostas se fórmão.

Na blepharite, as crostas são molles e gordurosas; aqui ellas são seccas e quebradiças.

Quando se affasta as palpebras, que são muito mais adherentes do que no primeiro periodo, escapa-se um liquido variavel. Vimos que elle era amarello citrino e ligeiramente purulento, mas é raro encontrar-se este liquido só; elle é quasi sempre mascarado por uma mistura de lagrimas e de secreção mucoso-purulenta.

A conjunctiva palpebral é encarnada-carmesim; suas papillas são mais ou menos salientes; a conjunctiva dos fundos de sacco oculo-palpebraes é vermelha-carregada e seu tecido sub-jacente infiltrado. A hyperemia torna-se cada vez mais consideravel sobre

a mucosa ocular, a secreção abundante e francamente purulenta.

O pús se accumula nos angulos internos ; as conjunctivas sangrão facilmente. O exame do olho começa a tornar-se já doloroso ; o orbicular se contrahe energicamente, e a criança grita. Para examinar as corneas, é preciso recorrer-se aos affastadores, que fazem sangrar ainda mais. A medida que a molestia progride, as palpebras tornão-se cada vez mais difficeis de luxarem-se, pois que o edema palpebral augmenta. Muitas vezes ellas tem uma tendencia pronunciada a virarem-se para fóra, mostrando assim uma parte da conjunctiva palpebral (tendencia ao ectropion). A mucosa conjunctival se hypertrophia e se espessa em consequencia de uma especie de infiltração plastica no seu tecido (Gueniot), de tal sorte que ella adquire o duplo e mesmo o triplo de seu volume ordinario. Ha n'este periodo da molesta dores vivas e lancinantes, que são antes o resultado de uma nevralgia concumitante do quinto par do que da propria ophthalmia.

TERCEIRO PERIODO —Este periodo, como já vimos, é caracterisado por uma aggravação geral dos symptomas já existentes, e por alterações graves para o lado da cornea e dos meios profundos do olho.

Quando se levanta a faxa que cobre os olhos, descobre-se um edema palpebral consideravel ; a palpebra superior, vermelha, reluzente, recobre em parte a palpebra inferior ; o sulco oculo-palpebral tem desapparecido em consequencia da tumefacção. O adossamento das palpebras permitte a secreção de pús, mais abundante, accumular-se entre o globo ocular e a face profunda da conjunctiva, o que vem ainda augmentar o aspecto edematoso da região ocular. Esta secreção opaca, bem ligada, se reune no grande angulo do olho, e d'ahi se espalha em abundancia pela face, cuja pelle se irrita e se excoria. Os cilios, continuamente banhados pelo pús, apresentão-se completamente agglutinados, os da palpebra superior com os da palpebra inferior.

Quando se affasta as palpebras, um jacto de liquido purulento se escapa algumas vezes tão bruscamente que póde saltar até nos olhos do cirurgião. E' preciso, pois, estar prevenido contra este accidente de que muitas pessoas tem sido victimas. E' muito diffi-

cil virar a palpebra superior por causa da tumefação de que ella é séde; tambem é preciso renunciar ás mais das vezes vêr a conjunctiva dos fundos de sacco, a do superior principalmente. E' quasi sempre facil luxar a palpebra inferior, pois que o œdema ahi é geralmente menos pronunciado. Quando, depois de muitas irrigações de agua fria, tem-se expellido o pús e as lagrimas accumuladas na especie de sacco que fórmão as conjunctivas, vê-se a mucosa palpebral espessada, avermelhada, impolada, fungosa e sangrando facilmente; algumas vezes uma membrana, especie de pellicula esbranquiçada, assemelhando-se a uma folha de arvore cujas nervuras, formando um tecido muito cerrado, têm sós sido conservadas, as cobre. Esta pseudo-membrana, constituida pela materia fibrinosa, se destaca sob a influencia de um simples jacto de agua morna, feito com uma pequena seringa de vidro e impellindo-o muito moderadamente.

Ella não tem nem a espessura, nem a adherencia da falsa membrana que caracterisa a ophthalmia diphtherica, que é extremamente rara (Gueniot, Giraldès).

Durante este tempo, a conjunctiva ocular é affectada e seu tecido sub-jacente infiltrado; forma-se um chemosis, e quando por meio dos afastadores se procura vêr a cornea (exame sempre doloroso, mas necessario), divisa-se esta membrana como que engastada em um bordelete circular que invade um pouco seu contorno.

A marcha deste chemosis é muito importante conhecer-se, pois que sua presença e seu gráo de intensidade constituem, muito mais do que a propria secreção purulenta, o perigo da ophthalmia. Quasi sempre consideravel, o chemosis principia pela porção da conjunctiva bulbar situada á direita e á esquerda da cornea, sobre o plano transversal do olh o: d'ahi elle invade o fundo de sacco inferior e depois a parte superior da conjunctiva bulbar. Estes differentes gráos do chemosis dependem, segundo Duplay, da pressão maior ou menor que oppõem ao intumecimento da conjunctiva occular as palpebras superior e inferior. Quasi sempre, quando se vê uma tumefacção enorme das palpebras e uma suppuração proporcional a esta tumefação, o chemosis é já completo, e a infiltração ameaça mais ou menos immediatamente a nutrição da cornea. Isto nos leva directamente a fallar das complicações

que podem sobrevir para o lado da cornea e das outras membranas do olho ; mas antes de incetar o estudo d'essa questão, trataremos das difficuldades que encontra o practico para entregar-se a um exame serio do olho no recem-nascido.

Aqui não temos que receiar a resistencia desesperada e sempre penosa da criança que tem já uma certa idade, mas temos que lutar contra difficuldades creadas pela propria molestia, e algumas vezes por uma má disposição das palpebras.

Estas difficuldades são : a tumefacção enorme das palpebras ; o desenvolvimento exagerado da conjunctiva que tem duplicado, triplicado de volume, e forma uma grande quantidade de pregas ; o reviramento das cartilagens tarsas para dentro; o espasmo do musculo orbicular ; o sangue que se extravasa á menor pressão sobre a conjunctiva e vem, apezar das irrigações de agua morna, mascarar a cornea com o pús que tem ficado confiado nos fundos de sacco oculo-palpebraes ; emfim, os movimentos do globo do olho que a criança jámais mantem immovel ; todas estas causas fazem com qne muitas vezes o pratico, apezar de sua boa vontade, não possa fazer um exame satisfactorio e completo.

Si á estes obstaculos vier ajuntar-se uma estreiteza congenita da fenda palpebral, tornar-se-ha completamente impossivel virar a palpebra superior ou separal-a de uma maneira sufficiente para julgar-se do estado da cornea. O pratico deve, pois, esperar encontrar em muitos casos numerosas e reaes difficuldades ; e isto justamente no momento decisivo da molestia, aquelle em que o chemosis ameaça a cornea.

Com effeito, si se deixar o bordelete pericorneano desenvolver-se sem obstaculo, as complicações as mais graves poderáõ sobrevir para o lado do olho.

(Sabe-se com effeito das communicações vasculares que existem entre o systema vascular conjunctival e o systema choroidiano.)

Complicações. — Ellas começão pela cornea e, d'ahi, podem invadir as outras partes do olho, a iris, a choroide. Outr'ora erão ellas attribuidas á suppuração ; hoje todos os authores partilhão a opinião de Sichel que, desde 1857, affirmava que o pús não exercia influencia alguma sobre a cornea.

E' pois no terceiro periodo da molestia que a cornea principia a se alterar; tem se notado que esta alteração começa sempre pelo lado em que o chemosis é mais consideravel. O chemosis é bastante raro no recem-nascido, mas quando elle existe, isto indica, para Giraldès, que ha, além de uma ameaça directa para a nutrição da cornea, ameaça produzida pelo estrangulamento, uma hyperemia consideravel da sclerotica, e mesmo, uma irrido choroidite, cuja consequencia seria a producção das thromboses e a necrobiose do tecido corneano.

Finalmente, o recem-nascido resiste melhor do que a criança de mais idade e do que o adulto ao intumecimento da conjunctiva ocular, porque n'elle a capsula de Tenon, a sclerotica e a mucosa são tão frouxamente unidas que o estrangulamento dos vasos nutritivos da cornea não se póde fazer senão lentamente, comparativamente á criança de mais idade e ao adulto, nos quaes póde produzir-se em vinte e quatro horas. Entretanto com o chemosis seroso tem-se visto a cornea do recem-nascido ser destruida em dous ou tres dias.

Como quer que seja, uma vez a cornea doente, as lesões marchão rapidamente, e póde-se observar desde o simples despolimento da membrana anterior do olho até a perda completa da visão. Com effeito, no fim de alguns dias a cornea perde seu aspecto polido e reluzente; torna-se embaciada e opalina. Logo depois ella reveste-se de uma côr cinzenta. Tudo póde se limitar a este edema intersticial e a transparencia volta rapidamente quando, por uma intervenção directa, tem-se podido fazer cessar cedo o estrangulamento. Senão as lesões se accentúão; e então o que se passa? Ou a cornea torna-se a séde de uma infiltração de materia plastica, que lhe faz perder sua transparencia, e ella torna-se branca, terminação frequente no recem-nascido, tractado com cuidados pouco racionaes; ou então produz-se na membrana transparente um trabalho suppurativo ou ulcerativo que póde acarretar, como consequencia, o amollecimento da cornea e os accidentes que elle comporta: producção de staphylomas, si a membrana resiste ao augmento da pressão intra-ocular; destruição da cornea e perfuração do globo do olho. A inflammação suppurativa do tecido corneano consiste em uma infiltração

amarellada, purulenta, diffusa ou localisada que se faz entre as laminas da cornea.

Quando ella affecta a fórma diffusa, a infiltração póde se apresentar sob a fórma de um derramamento annular peripherico, correspondendo á existencia de um chemosis bastante pronunciado. O centro da cornea é a principio transparente; torna-se em seguida opaco, e a inflammação invade em poucos dias toda a extensão da membrana. As laminas superficiaes, separadas das camadas profundas por uma grande quantidade de pús, destacão-se, eliminão-se, e d'isto resulta uma perda de substancia consideravel; as camadas profundas, impellidas para adiante pela pressão intra-ocular, rompem-se e sobrevêm vastas perfurações, algumas vezes seguidas da sahida do crystallino e de uma parte do corpo vitreo, o que acarreta a atrophia completa do globo do olho.

A ruptura do olho não se acompanha sempre de accidentes tão graves; o globo póde ser conservado, mas forma-se um staphyloma consideravel que compromette gravemente a visão. Isto tem lugar quando o trabalho suppurativo occupa tanto a parte media quanto as camadas externas e internas da cornea; ha uma mortificação em massa do tecido, que algumas vezes arrasta a quéda, de uma só vez, de toda a parte da cornea comprehendida no annel opaco, antes mesmo de ser completa a infiltração. O mesmo não se dá quando a inflammação suppurativa é circumscripta. Um verdadeiro abcesso forma-se em um ponto determinado da cornea Eis então o que se passa no ponto que deve ser sua séde: a camada epithelial perde seu brilho, seu polido habituaes; fica embaciada, rugosa. No fim de pouco tempo apparece um ponto esbranquiçado cercado de uma aureola cinzenta; este ponto torna-se rapidamente amarello; o abcesso é constituido. Seus contornos são geralmente regulares; podem se formar tambem muitos pequenos abcessos no mesmo lugar. Ordinariamente, elles occupão as camadas superficiaes, mas algumas vezes começão pelas laminas profundas. Seu conteudo consiste em um magma purulento bastante espesso, composto de cellulas lymphaticas e de destroços de substancia intercellular desorganisada (Abadie).

O abcesso constituido, vejamos o que se passa.

Elle póde reabsorver-se e o tecido corneanno recupera gradualmente sua transparencia, conservando uma opacidade que

raramente desapparece; ou então abre-se, quer para o exterior, depois de ter destruido as laminas superficiaes da cornea e deixado uma ulceração mais ou menos extensa e mais ou menos profunda, que póde tornar-se perfurante; quer para o interior, isto é, na camada anterior, produzindo um hypopyon ou derramamento de pús no humor aquoso. Quando a suppuração é abundante e as camadas visinhas da cornea são amollecidas, ellas se deixão facilmente descollar pelo pús que, sob a influencia da gravidade, tende á accumular-se sobre as partes periphericas, onde elle fórma uma collecção a que se tem dado o nome de onyx, por causa de sua semelhança com a lunula da unha. Quando o abcesso profundo abre-se na camara anterior, é muito raro a perfuração não se completar. O que constitue a gravidade dos abcessos da cornea, é que ha sempre destruição dos corpusculos e da substancia intercellular, de tal sorte que, mesmo nos casos mais favoraveis, ficão constantemente opacidades (leucomas) que compromettem a visão.

O trabalho ulcerativo póde ser primitivo ou consecutivo.

Acabamos de vêl-o succeder ao trabalho suppurativo e continuar sua obra de destruição; elle póde succeder igualmente á uma vesicula, á uma pustula, que se tem rompido, deixando uma perda de substancia. Outras vezes, elle produz-se só (provavelmente em consequencia da perturbação trazida pelo chemosis á nutricção da cornea, esta se necrosa por placas e seu tecido cahe), e dá nascimento a uma alteração latente que póde ser seguida de uma ruptura mais ou menos extensa da cornea, sem que esta tenha perdido sua transparencia. Isto se dá, porém, excepcionalmente. Ordinariamente, forma-se um sulco ulceroso para a porção peripherica da cornea, sulco perfeitamente visivel quando se examina com attenção esta parte, e cujo crescimento em profundidade arrasta uma perfuração extensa da cornea.

Os trabalhos ulcerativo e suppurativo são complicações extremamente graves, quando têm tendencia a occupar a maior parte da membrana anterior do olho. Elles dão lugar á lesões que, por sua extensão, são susceptiveis de acarretar a evacuação mais ou menos completa do olho. E', com effeito, o que acontece, quer espontaneamente, quer quando o practico produz a sua ruptura. No momento em que elle procura virar as palpebras ou simples-

mente separal-as, o olho abre-se subitamente, produzindo um pequeno ruido caracteristico, e uma onda de liquido claro jorra para fóra. A mudança de pressão que se produz no momento d'esta ruptura é de tal modo consideravel, a ruptura de tal modo busca, que não sómente a iris é projectada para adiante, mas ainda o crystallino se luxa, o corpo vitreo se desloca e faz sahida para o exterior,a retina descolla-se e o olho esvasia-se mais ou menos completamente ; d'ahi a atrophia ou tisica do globo do olho.

Mas, ás mais das vezes, no recem-nascido, as lesões da cornea são menos extensas. Ellas consistem em ulcerações que snccedem, quer abcessos superficiaes e limitados da membrana transparente, quer á quéda de escharas, quer emfim a kératite phlyctenular. Esta ultima é caracterizada por pequenas papulas vesiculas, situadas sobre a peripheria da cornea. Rompendo-se, ellas deixão após si uma pequena ulceração arredondada. Quando esta não é muito profunda, a cornea readquire promptamente seu aspecto polido, e apenas resta uma ligeira nuvem.

Entretanto a ulceração, como as precedentes, póde tornar-se perfurante. Então ella excava-se pouco a pouco, seus bordos são talhados a pique ; este trabalho se acompanha de photophobia, de lacrymejamento, muitas vezes de cephalalgia sub orbitaria e mesmo de dores tensivas, repetindo por accessos, dores devidas ao augmento da pressão intra-ocular, sob a influencia de uma irritação peripherica do quinto par.

A ulceração, continuando sua marcha, destróe as camadas da cornea umas apóz outras, e quando apenas ficão algumas laminas de tecido, estas, incapazes de fazer equilibrio á pressão intraocular, rompem-se ; algumas vezes entretanto, o fundo da ulcera é fórte bastante para resistir, deixa-se deprimir, e a membrana de Descemet vem fazer hernia entre as camadas da cornea ; é o keratocele.

Quando uma perfuração pouco extensa tem lugar em consequencia de uma ulceração da cornea, vê-se ordinariamente (a menos que se tenha tido cuidado de pôr atropina), a iris, arrastada com o humor aquoso, que se escapa pela abertura, vir fazer hernia, quer por um de seus bordos, quer por sua face anterior, entre os labios da perfuração ; descobre-se em similhante caso,

na superficie da cornea, um pequeno tumor que se assemelha a uma cabeça de mosca. Uma vez herniada, a iris contrahe rapidamente adherencia com os bordos da ulceração. Estas adherencias tem como consequencia apressar a cicatrisação do fundo da ulcera, que favorece igualmente a diminuição subita da pressão intra-ocular,e a cura tem lugar,a menos que a atropina não tenha despedaçado as adherencias com um leucoma e uma synechia anterior (pupilla deformada).

Nos casos felizes, a visão se restabelece assaz rapidamente, mas o encravamento da iris, tornando-se causa de irritações continuas dos nervos ciliares, predispõe o doente á producção de um novo staphyloma e o colloca sob a acção de um glaucoma ulterior. Outras vezes, a visão se acha anniquilada pelo deposito de falsas membranas na pupilla ou na superficie da capsula do crystallino (Duplay).

Estas ulcerações mais ou menos extensas que succedem, quer á abcessos circumscriptos, quer a phlyctenas, quer á necrose parcial do tecido corneano, são infinitamente mais frequentes do que as grandes perfurações periphericas, de que fallamos no começo.

Ellas tem além d'isto uma vantagem : poderem se curar sem perfuração. Com effeito, logo que ha parada da necrose do tecido corneano, a infiltração amarellada que cerca a ulcera diminue; ella torna-se cinzenta. Immediatamente depois, vasos muito finos, partidos dos tecidos conjunctival e sub-conjunctival, caminhão entre as laminas da cornea, até a ulceração, e examinando a de quando em vez, á luz obliqua, vê-se que os bordos se achatão e que o fundo da ulcera diminue de profundidade. Si a ulceração é profunda e não muito extensa, a reparação póde dar-se sem que fique mancha na cornea ; o mesmo póde ter lugar quando a ulcera é extensa e superficial. Quando ha perfurução, a regeneração começa pelos bordos da cornea; ella faz-se rapidamente graças á diminuição subita da pressão intra-ocular e á melhora que ella acarreta.

Nas perfurações consecutivas á ulcerações um pouco extensas, é preciso que a reparação se fassa de um modo ainda mais rapido, mórmente si não houver hernia da iris, para que a ulcera possa resistir á pressão intra ocular.

(Sabe-se, com effeito, que o humor aquoso reproduz-se rapidamente). De sorte que, si aquillo não tiver lugar, uma nova perfuração se faz, e assim seguidamente, até que o fundo da ulcera seja bastante resistente. Após muitas perfurações, encontra-se sempre uma opacidade da cornea. Finalmente, em casos, felizmente, muito raros nos recem-nascidos, a inflammação da conjunctiva póde se extender, assim como já o dissemos, á todas as membranas profundas, e dar logar a uma *ophthalmite*, isto é, á uma molestia que acarreta a perda completa e definitiva da visão, com ameaça de ophthalmia sympathica do lado do outro olho.

Depois de termos fallado, algum tanto extensamente talvez, das lesões graves da cornea, resta-nos assignalar algumas outras de menos importancia ; taes são : os derramamentos intersticiaes que pódem se produzir no tecido da cornea ; derramamentos que se traduzem por opacidades mais ou menos rebeldes, e as pequenas opacidades esbranquiçadas que se nota algumas vezes no meio de uma porção transparente. Ellas são devidas a derramamentos interlaminares, que são susceptiveis de se reabsorverem.

Não nos falta mais, para terminar o estudo das complicações do que assignalar uma variedade particular de ulcerações a que Wecker deu o nome de ulcerações em *facetas*.

Esta ulceração se encontra frequentemente no curso da ophthalmia purulenta. Ella começa por uma simples descamação do epithelium corneano, e occupa ordinariamente o centro da cornea que fica perfeitamente transparente, de tal sorte que, para divisal-o, é preciso recorrer-se á luz obliqua, ou, pelo menos, olhar a cornea muito obliquamente. O epithelium uma vez cahido não se reproduz ; a ulceração perfura a membrana elastica anterior e attaca successivamente as camadas da cornea. Ella ganha assim insensivelmente em extensão e profundidade, e, quando tem attingido quasi a metade da espessura da cornea, seu fundo torna-se opaco, cinzento. N'este momento a ulceração é perfeitamente visivel. Tudo pode se limitar a isto, isto é, a regeneração pode se fazer sem perfuração. Então os frocos provenientes da necrose do tecido corneano, e que davam aos bordos e ao fundo da ulcera uma coloração amarellada, desapparecem para dar lugar a uma infiltração cinzenta ; vasos partidos do contorno da cornea

adiantão-se até a ulceração, uma camada epithelial a recobre, e o tecido regenerador se forma (Wecker).

Quando a reparação não se faz, a ulceração continua a augmentar em profundidade, e logo que a perfuração torna-se imminente, o tecido necrosado desapparece para dar logar a uma transparencia completa. Durante este tempo, as camadas profundas da cornea, que não estão ainda mortificadas, cedendo á pressão intra-ocular, occupão o espaço deixado livre pela perda de substancia, em uma palavra, forma-se um keratocele que visto a transparencia do tecido, pode passar desapercebido, e a criança continua a vêr claramente. N'este caso, a regeneração pode ainda ter lugar, com a condicção, todavia, de que a ulceração seja pequena; porque se ella for extensa, uma ruptnra seguida da evacuação mais ou menos completa do olho será quasi inevitavel. Em todo caso, o menos que pode acontecer, não havendo perfuração, é a cura com um pequeno staphyloma central e pellucido.

ESTADO GERAL

Existem symptomas geraes?

E' difficil responder a esta questão, quando se trata de recem-nascidos. Entretanto Sichel admitte a existencia de symptomas geraes: febre, vomitos, diarrhéa e algumas vezes convulsões. Para Desmarres, estes symptomas annunciarião antes a perfuração imminente da cornéa. Elles não são sempre tão graves como o parece admittir Sichel; habitualmente, limitão-se á algumas perturbações digestivas acompanhadas de um pouco de agitação e de insomnia. O Dr. Gueniot diz ter visto sobrevir no curso da molestia muguet, stomatite aphosa e diarrhéa: isto de preferencia nos recem-nascidos que não tinhão amas de leite. Este estado do tubo digestivo, prolongado, reduz as crianças a um estado de marasmo que não é sem influencia talvez sobre o amollecimento da cornéa (Billard).

N'estas circumstancias a perfuração, em lupar de produzir-se uma vez sobre dez, tem lugar cinco vezes sobre nove (Girardes). Póde-se dizer que ás mais das vezes o estado geral da criança se mantém bom, si elle o era antes, e que os symptomas apresentão uma grande variabilidade. A dôr, quando ella existe no eomeço, cessa com a apparição da secreção purulenta.

Acontece o mesmo com a elevação da temperatura local, e Wecker admitte que o estado febril e o embaraço gastrico se encontrão apenas nos individuos nervosos.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

As condicções particulares nas quaes se achão collocadas as crianças tem evidentemente uma influencia enorme sobre a marcha, a duração e a terminação da molestia.

Nas crianças ricas e bem cuidadas, a ophthalmia é rara.

Assaz benigna quando sobrevém, ella cura-se mais rapidamente, e de ordinario sem complicação da cornea.

Nas crianças pobres, a opthalmia marcha geralmente mais depressa, por encontrar, de alguma sorte, um terreno favoravel ao seu desenvolvimento. Isto se comprehende facilmente, uma criança menos bem cuidada deve offerecer naturalmente uma resistencia menor ás influencias morbidas.

E' assim que a molestia tem uma tendencia pronunciada a invadir a conjunctiva ocular, depois a cornea, que póde ser ameaçada em dous ou trez dias.

A agglomeração de individuos, as epidemias de febres puerperaes, de ophthalmias, devem ainda predispor estas crianças á esta fórma rapida da molestia.

Tem-se notado igualmente que as ophthalmias são de mais difficil cura no inverno do que no verão.

E' extremamente difficil, senão impossivel, assegurar uma duração precisa á cada um dos periodos da ophthalmia purulenta, bem eomo á sua duração total.

Muitas vezes ella começa com os signaes de uma conjunctivite catarrhal, e tres ou quatro dias depois a suppuração mostra-se. Outras vezes a purulencia parece estabelecer-se de improviso, tanto o periodo de hyperemia que o precede é curto. Finalmente as alternativas de melhora e de peiora que se manifestão no curso da molestia não permittem fixar, com precisão, uma duração á cada um dos outros periodos. Entretanto póde-se fixar uma duração approximativa e dizer que a ophthalmia purulenta ligeira, e tratada desde o começo, póde curar-se de quatro a seis dias ; a ophthalmia purulenta grave de trez a seis semanas.

Alguns ophthalmologistas têm notado que é pouco mais ou menos do setimo ao decimo segundo dia que produz-se o chemasis, e que a cornea torna se doente.

Terminação. — A ophthalmia purulenta póde terminar pela cura completa, pela cura com alteração do globo ocular, e, finalmente, póde passar ao estado chronico.

Logo que a molestia entra na via da resolução, vê-se a tumefacção das palpebras diminuir, a conjunctiva ocular readquirir pouco a pouco seu aspecto normal, depois successivamente as outras partes. Sómente os angulos internos e externos conservam por mais tempo um certo gráo de rubor inflammatorio; um pouco de pús ahi accumula-se todas as manhãs, depois todo traço de inflammação acaba por desapparecer. Em um bom numero de casos, a conjunctiva tem uma tendencia pronunciada a se cobrir de granulações, e cura-se muito lentamente.

Quando a ophthalmia vae passar ao estado ehronico, o desapparecimento dos symptomas tem lugar ainda mais lentamente. A conjunctiva palpebral fica vermelha, desigual e só com o tempo é que torna-se rosea-pallida ; ella conserva por muito tempo um certo gráo de hypertrophia ; encontra-se n'ella saliencias formadas, umas por papilllas hypertrophiadas, outras por verdadeiras granulações arredondadas, sobre a naturesa das quaes muito se tem discutido. As granulações são geralmente limitadas á conjunctiva palpebral e á conjunctiva dos fundos de sacco ; ellas constituem uma causa continua de irritação para a cornea, e reclamão um tratamento muito longo. Entretanto tem-se notado bue mesmo nos scrophulosos, em que a molestia tem por assim

dizer tendencia a eternisar-se, quando a ophthalmia é tratada pelas eauterisações, acaba-se por triumphar das granulações, e isto em muito menos tempo do que se o julga geralmente. O que prova que o tramento da ophthalmia pelas cauterisações é efficaz, não sómente contra a molestia em si mesma, mas ainda contra a tendencia que possue a conjunctiva em se cobrir de granulações. Fallamos bastante extensamente, no capitulo precedente, das alterações da cornea e de suas consequencias, para nos ser permittido indicar apenas aqui : o estado no qual pode se achar a membrana transparente, no momento em que a conjunctiva volta ao seu estado normal. Póde haver : 1° cura com opacidade da cornea, isto é, leucoma, albugo, nuvem, segundo o gráo de opacidade ; 2° cura com opacidade corneana e synechia anterior, si houver hernia, depois adherencia da iris.

São estas as terminações mais frequentes da ophthalmia purulenta do recem-nascido.

DIAGNOSTICO

Elle apresenta grandes difficuldades no começo.

Póde-se mesmo dizer que é impossivel antes da secreção purulenta mostrar-se, em virtude da grande similhança que existe entre a ophthalmia purulenta começante e a conjunctivite catarrhal.

A tumefação sempre muito pronunciada, algumas vezes enorme, das palpebras, a vermelhidão erysipelatosa da pelle, a secreção rapida e continua do puz na superficie da conjunctiva, as lesões precoces e profundas da cornea, a presença na palpebra superior de uma linha avermelhada, assignalada por Billard, estendendo-se de um angulo do olho ao outro, taes são os caracteres proprios que distinguem a conjunctivite purulenta da conjunctivite catarrhal. Desmarres considera tambem como caracteristico da ophthalmia purulenta a presença de um liquido de uma coloração de ambar, que apresenta-se antes do apparecimento do pús ; mas elle póde passar completamente desapercebido.

Ha uma forma de conjunctivite granulosa aguda, acompanhada, desde o começo,de uma suppuração abundante, que se poderia mais facilmente confundir com a conjunctivite purulenta ; mas, virando as palpebras, se observará o estado tomentoso da mucosa, a presença de granulações em sua superficie, e o erro será desde então evitado. Ella não accarretará finalmente grande prejuizo para o doente, pois que o tratamento é quasi identico nos dous casos.

Não se póde igualmente confundir a ophthalmia purulenta com a ophthalmia diphtherica. N'esta a palpebra é destendida, rigida, dura ao tocar e luxa-se difficilmente ; produz-se immediatamente um corrimento pardo-escuro, e, examinando a conjunctiva, se a vê recoberta de uma falsa membrana muito adherente á mucosa, o que a distingue da camada de pús concreto da ophthalmia purulenta. Além d'isso, a ophthalmia diphtherica é extremamente rara nas crianças.

Gosselin e Le Fort negavão sua existencia ha alguns annos. Chassaignac, ao contrario, a considera frequente pois que, sobre 146 casos, elle teve 106 ophthalmias com falsas membranas. Wecker nunca a encontrou no recem-nascido. Giraldés não observou um só caso durante quatro annos sobre centenas de crianças recem-nascidas levadas ao hospital ; mas elle a admitte e a julga muito rara. Guéniot diz ter observado um certo numero de casos em 1876. Deve-se, pois, admittir a existencia d'esta ophthalmia, reconhecendo que é impossivel confundil-a com a ophthalmia purulenta.

O phlegmão das palpebras só tem de commum com a ophthalmia purulenta a vermelhidão e tumefacção da pelle.

Salvo um chemosis mais ou menos intenso, a conjunctiva e a cornea ficão intactas, a suppuração é quasi nulla ; o erro só seria, pois, possivel no começo.

PROGNOSTICO

Si a ophthalmia purulenta ligeira cura-se quasi sempre sem complicações corneanas, outro tanto nãs se poderá dizer da fórma grave.

Na ophthalmia purulenta grave o prognostico deverá sempr ser reservado, pois que, sabe-se, ella póde ter consequencias terriveis, impossiveis de prever-se.

E' preciso ser prudente, mesmo nas fórmas que á primeira vista parecem dever ser benignas; porque, quem poderá responder pela docilidade de uma criança?

Quem nos dirá que, apezar de uma vigilancia activa, ella não esfregará os seus olhos? imprudencia que acarretará, talvez' a fórma grave da molestia.

A ophthalmia purulenta é, pois, sempre uma molestia grave; grave por si mesma, pois que ella é susceptivel de comprometter a visão; grave porque ella é essencialmente coetagiosa, e por que se transmitte de um individuo á outro com uma facilidade extrema.

Entretanto, não se póde negar que o prognostico perde muito de sua gravidade, desde que se sabe tratar convenientemente a molestia. Quanto mais o doente é tratado perto do começo, tanto mais ha probabilidades de ver-se sua cornea escapar aos perigos que a ameação.

A ophthalmia purulenta torna-se muito mais terrivel quando affecta crianças definhadas, mal cuidadas, expostas, em uma palavra, á todas as causas que já assignalamos precedentemente; todavia estas mesmas crianças podem ainda curar-se, si o tratamento ao qual se as submette é convenientemente dirigido.

Infelizmente passa-se algumas vezes um tempo muito longo, duas, tres semanas, sem que os pais pensem em fazer examinar os olhos de seus filhos; n'este caso não é raro encontrar-se ne'lles a destruição muitas vezes completa das corneas, a fundição purulenta dos dous olhos. O importante é examinar bem

os olhos dos doentes; porém, nem sempre é possivel avaliar de um modo perfeitamente exacto o gráo de intensidade da ophthalmia, e então o prognostico póde tornar-se muito grave.

E' facil no começo examinar as conjunctivas palpebraes e oculares; mas em uma época mais adiantada, não acontece mais o mesmo: as crianças prestão-se mal ás explorações, e a tumefacção da mucosa pode ser tal que, entreabrindo-se as palpebras, fassa saliencia para fóra dos bordos palpebraes, e occulte inteiramente ao observador a face conjunctival da cornea.

Em similhante circumstancias, é preciso absolutamente recorrer-se aos affastadores, pois que a tumefacção palpebral tem chegado ao seu maximo, a da conjunctiva ocular está imminente, e desde então os accidentes proximos do lado da cornea podem ser conjurados com o auxilio de uma exploração attenciosa.

Emquanto a conjuctiva palpebral é a unica invadida, o perigo não é imminente. Tambem as crianças que tem as palpebras, a superior sobretudo, vermelhas, reluzentes, tumefeitas, têm probabidade de curarem-se bem de sua ophthalmia; ao contrario, o descoramento, o aspecto pallido, devem tornar o prognostico muito reservado.

Por apresentar a cornea uma opacidade mais ou menos pronunciada, não se deverá encarar o prognostico como muito desfavoravel; dever-se-ha, n'este caso, tomar em grande consideração o gráo de consistencia da cornea, que se obterá tocando-a ligeiramente com o dedo.

Si apezar de sua opacidade, ella resiste, si ella não encurva se para adiante, o prognostico não é grave; si é o contrario que tem lugar, elle torna-se então extremamente serio, e se deverá temer a destruição da cornea, a hernia da iris, a sahida do crystallino. Porém, a ophthalmia tem marchado rapidamente, e a cornea apresenta em um ponto uma ulceração bastante profunda, ou ainda n'este nivel a perfuração é completa: isto não é ainda necessariamente de um máo prognostico. Com effeito, o humor aquoso escoa-se pela perfuração, a pressão intra-ocular diminue; a ulceração póde cicatrizar-se e a criança cura-se com uma opacidade variavel da cornea, sem outro accidente para o lado do globo ocular.

As opacidades da cornea são menos perigosas nas crianças do que nos adultos; com effeito a reabsorpção de todos estes productos faz se rapidamente nas crianças.

O prognostico deve ser reservado, quando o centro da cornea tem sido perfurado, pois que fica então uma mancha central indelevel (cataracta pyramidal).

TRATAMENTO

O tratamento da ophthalmia purulenta do recem-nascido constitue a parte mais interessante e tambem melhor conhecida d'esta affecção.

Nós o divideremos em prophylactico e curativo.

Tratamento prophylactico — Sabemos já que a ophthalmia purulenta é essencialmente contagiosa, inoculavel, ás mais das vezes epidemica, que ella se propaga, graças á estas propriedades, com uma deploravel facilidade, consenguintemente, a primeira precaução a tomar, d'esde que a criança é affectada d'esta molestia, deve ser isolal-a.

O isolamento é, pois, a base do tratamento prophylactico.

Ao mesmo tempo se fará pôr de lado os objectos que servem para o tratamento do pequeno doente, taes como: pannos, esponjas, fios, etc., etc., afim de que estes objectos não sejão utilisados por outros doentes.

Tratamento curativo. — Deve ser local e geral.

Tratamento local. — Este tratamento varia, segundo que existe ou não complicações corneanas, pois que a purulencia nada é ao lado dos accidentes que podem-se manifestar para o lado da membrana transparente do olho.

D'onde a necessidade de examinar muitas vezes a cornea,

Na ophthalmia purulenta ligeira o tratamento deve ser simples. A's mais das vezes a molestia cede ás lavagens frequentemente repetidas. Não insistiremos, pois, sobre esta fórma benigna da ophthalmia, e vamos passar ao tratamento da ophthalmia purulenta grave.

Durante todo o primeiro periodo da molestia, os authores aconselhão, segundo os casos, os refrigerantes, as emissões sanguineas, o desbridamento da commissura externa, e alguns modificadores do estado geral do doente. Os refrigerantes applicados, sob diversas fórmas, têm, sem duvida, algumas vantagens.

O frio exerce uma acção sedativa sobre as palpebras congestionadas, contém o desenvolvimento dos accidentes e diminue notavelmente as dôres muitas vezes intoleraveis que assignalão o começo da ophthalmia purulenta. Mas elle não impede definitivamente a secreção de pús e o desenvolvimento ulterior da conjunctiva. Só, elle não póde, pois, bastar para o tratamento ; cedo ou tarde torna-se necessario associar-lhe a acção dos causticos. Finalmente emprega-se o frio sob differentes fórmas : a irrigação continua, as bexigas cheias de fragmentos de gelo pizado, as compressas embebidas na agua gelada e muitas vezes renovadas. As compressas são geralmente preferidas ; ellas produzem uma refrigeração mais extensa e mais continua. As emissões sanguineas geraes quasi que estão desprezadas. Quasi sempre se applica á fonte sanguesugas e ventosas escarificadas. Wecker, Meyer, Abadie, notão que estas emissões sanguineas são antes uma concessão á opinião do que uma practica justificada pela experiencia. Ellas apenas acalmão momentaneamente as dôres e não diminuem a tumefacção da conjunctiva. Si julgarmos util uma tal derivação sanguinea, convém muito mais obtel-a na superficie da conjunctiva com o auxilio de algumas escarificações.

A acção é assim muito mais directa sobre os tecidos congestionados. Estas escarificações são indicadas desde logo, quando a mucosa é séde de uma congestão e de um edema consideraveis, quando ella está distendida, violacea, exhuberante, como tem lugar muitas vezes. Em casos analogos de conjunctivite grave de marcha rapida, o desbridamento da commissura externa dá tambem bons resultados.

Graefe aconselha esta pequena operação. Ella consiste em

dividir com o bisturi, seguindo o prolongamento da fenda palpebral, e em uma extensão de um centimetro e meio pouco mais ou menos, a pelle e o musculo orbicular. A mucosa do fundo de sacco externa deve ser respeitada. Escôa-se uma certa quantidade de sangue pela ferida e obtém-se assim um effeito derivativo bem pronunciado ; por outro lado, a secção do orbicular relacha as palpebras, que cessão de comprimir dolorosamente o globo ocular. Si o estado geral do pequeno doente o comporta, póde-se prescrever um purgativo brando (o calomelanos).

Causticos e cauterisação. — Os antiphlogisticos, os refrigerantes cuja acção nós acabamos de estudar, e que convém durante o primeiro periodo, são insufficientes para prevenir as complicações corneanas, e para estancar a secreção purulenta ; desde que começa o segundo periodo, a cauterisação da conjunctiva torna-se inteiramente indispensavel. Si os authores não são unanimes sobre a escolha do caustico, sobre seu modo de emprego e sobre a acção que elle produz, todos são unanimes em reconhecer a necessidade de uma modificação séria da conjunctiva inflammada. O nitrato de prata é geralmente preferido. Se o considera com razão como o modificador por excellencia da mucosa conjunctival. O sulfato de cobre, o sub-acetato de chumbo liquido, de um frequente uso no tratamento da conjunctivite granulosa, estão longe de apresentar as mesmas vantagens contra a conjunctivite purulenta. O nitrato de prata produz facilmente uma escara, que entretanto póde ficar inteiramente superficial e não interessar senão a camada epithelial : resultado que não se obtém tão seguramente com os outros causticos. Ora, nós veremos que papel importante se attribue hoje, no mecanismo da cura, á esta escara e á fluxão vascular que preside á sua eliminação.

O nitrato de prata é empregado em solução mais ou menos concentrada, ou no estado solido.

Afim de ter uma escala de causticos solidos, correspondendo aos diversos gráos de collyrios, Desmarres imaginou os lapis mitigados, em que o nitrato de prata é associado ao nitrato de potassa em proporções variaveis.

Tanto a solução de nitrato de prata como o lapis mitigado podem ser empregados no tratamento da ophthalmia purulenta,

comtanto que se tomem certas precauções, que indicaremos mais adiante.

O lapis puro é raramente indicado: A maior parte dos authores, Wecker, Abadie, Meyer, Follin, aconselhão não manejal-o senão com prudencia. Sobre um tecido delicado como o da conjunctiva, sua acção é muito profunda, e podem-se muito facilmente produzir escharas que excedem a camada epithelial, e que mais tarde darão lugar a cicatrizes com todas as suas consequencias nocivas. Entretanto, si a secreção é muito abundante, a turgescencia da mucosa consideravel, si saliencias papillares turgidas enchem os fundos de sacco, o lapis puro dá bons resultados. E' que, com effeito, para modificar vantajosamente um similhante estado da conjunctiva, é preciso produzir uma forte excitaçãa dos vasos, seguida, durante a eliminação da escára, de uma transsudação serosa abundante.

Em que momento é preciso praticar a cauterisação ?

A purulencia não se estabelece, como já vimos, de improviso ; ella é precedida de um periodo mais ou menos longo, segundo a agudeza da molestia e durante o qual observa-se sómente os symptomas seguintes : hyperemia mais ou menos viva da conjunctiva ; turgescencia, aspecto liso e distendido da mucosa palpebral, desenvolvimento das saliencias papillares no fundo de sacco, secreção serosa, liquida ou sero-mucosa, edema progressivamente excedente das palpebras.

A cauterisação convém n'este periodo ?

Muitos authores não o pensão. O diagnostico póde ser ainda incerto : póde dar-se que se tenha de tratar de um catarrho conjunctival muito intenso, ou de uma ophthalmia diphtherica, no qual caso a cauterisação seria muito mais prejuducial do que util. Finalmente, os methodos abortivos são geralmente comdemnados ; não se póde esperar parar bruscamente o começo de uma inflammação virulenta : é preciso deixar estabelecer-se o estado purulento. O Dr. Abadie combatte, até um certo ponto, estas opiniões. Sem duvida é preciso estar seguro sobre a natureza da conjunctivite que se vae tratar ; mas, desde que o diagnostico é sufficientemente estabelecido, e elle o póde ser antes que a secreção seja francamente purulenta, não ha mais vantagem, e ao contrario graves inconvenientes, em retardar a cauterisação da con-

junctiva. Os exemplos não são raros de ophthalmias purulentas de mareha muito rapida, nos quaes algumas horas bastárão para comprometter muito seriamente a vitalidade da cornea.

Assim pois, esperar que o diagnostico seja certo, e n'este momento practicar sem mais demora a primeira cauterisação, tal é, de um modo geral, a regra que se póde seguir.

Processo operatorio.—Descrevamos agora o processo operatorio a pôr-se em uso para practicar a cauterisação da conjunctiva.

Este processo comprehende tres tempos :

1.º Reviramento das palpebras ;

2.º Applicação do caustico sobre as superficies doentes ;

3.º Retirada do excesso do caustico com uma solução de chlorureto de sodio, depois com a agua pura.

Virar as palpebras não é sempre cousa facil. Encontra-se serios obstaculos : a tensão, a rigidez da conjunctiva violentamente inflammada, o edema algumas vezes consideravel dos tecidos, as dôres violentas que provocão as tentativas infructiferas, e a contractura do orbicular. Entretanto com um pouco de paciencia e de habilidade chega-se quasi sempre á um resultado satisfactorio.

E' preciso começar pela pal pebra superior, muito mais difficil de virar do que a palpebra inferior. Deve-se limpar com cuidado a face cutanea da palpebra, assim como as regiões visinhas afim de que os tecidos não escorreguem debaixo do dedo. Um ajudante cinge a extremidade de seu index com um panno bem secco, prompto a fixar a palpebra virada que lhe vai confiar o operador. Este, assentado e tendo a cabeça do pequeno doente entre os seus joelhos, começa por agarrar com uma das mãos, a direita ou a esquerda, segundo o lado, entre o pollegar e o index, o rebordo palpebral ; depois elle distende a palpebra, puxando-a para baixo e para diante, como para destacal-a do globo ocular. A mão, ficada livre, toma uma haste rigida qualquer, um estylete por exemplo, tido horisontalmente, e o applica no sulco orbito-palpebral. E' preciso então executar dous movimentos simultaneos e combinados : deprimir o bordo adherente da palpebra com o estylete sempre horisontal, como para fazer penetrar entre o globo e a propria palpebra, virar a palpebra imprimindo-lhe um movimento de rotação em torno do eixo horisontal que representa o

estylete. Esta manobra deve ser executada com uma certa energia e sem hesitação, si quizermos ser bem succedidos rapidamente e não fatigar o doente com tentativas infructiferas. Este tempo da operação, que consiste em virar as palpebras, é, com effeito, muito doloroso. Entretanto não esqueçamos que o estado da cornea nos é ainda imperfeitamente conhecido ; podemos ter de tratar de uma cornea já doente, ameaçada de uma necrose mais ou menos extensa : d'ahi a necessidade de proceder com prudencia e evitar deprimir muito fortemente o globo ocular. A resistencia da cornea acha-se enfraquecida ; ella póde ceder sob uma pressão muito energica : a operação teria assim produzido uma perfuração grave da cornea. O reviramento da palpebra deve ser tão completo quanto possivel, e o fundo de sacco superior da conjunctiva sufficientemente descoberto para que seja facil attingir com o caustico todas as dobras da mucosa.

A palpebra virada é confiada ao ajudante, que a mantém solidamente fixada, comprimindo o rebordo palpebral contra o plano resistente que apresenta a região superciliaria. Então é facil apreciar exactamente o estado da mesma conjunctiva : ella apresenta-se extensamente descoberta aos olhos do operador, e vê-se assim sobre quaes regiões deve de preferencia dirigir-se a acção do caustico.

Quanto á cauterisação em si, nada é mais simples.

A face interna da conjunctiva palpebral assim posta á nú, passa-se sobre a sua superficie, uma ou mais vezes, um pincel embebido em uma solução de nitrato de prata. Segundo a intensidade da conjunctivite, é bom empregar soluções differentes. Nas fórmas ligeiras, em que a phlegmasia limita-se ás palpebras, uma solução de 1 gramma de nitrato de prata para 100 grammas d'agua basta : para as fórmas mais graves, convém empregar a solução ao 20° e mesmo ao 10°. Póde-se igualmente practicar a cauterisação da conjunctiva com os lapis mitigados. Estes lapis são em numero de cinco, e são designados pelos numeros de ordem de 1 a 5. O primeiro contém partes iguaes de nitrato de potassa e de nitrato de prata ; o quinto uma parte sómente de nitrato de prata para cinco de nitrato de potassa. Os lapis ns. 1, 2 e 3 são os mais empregados : o primeiro no começo do tratamento, quando é necessario obrar depressa e com energia, os outros no

periodo de melhora que segue ás primeiras cauterisações, quandó não resta mais do que sustentar o feliz effeito que se acaba de obter. Deve-se passar o lapis mitigado sobre a conjunctiva ligeimente, sem muito apoiar e sem muito prolongar o contacto, afim de não produzir-se uma escára muito profunda, que exceda a camada epithelial e deixe em seguida uma cicatriz. Começa-se a cauterisar pela conjunctiva palpebral, depois se adianta para o fundo de sacco : é então que é preciso evitar com cuidado tocar na conjunctiva bulbar, cuja cauterisação é inutil e póde, ao contrario, ser perigosa para o futuro. Si a conjunctiva está coberta de uma camada de materia purulenta, si o pús enche os fundos de sacco, é necessario tirar antecipadamente todos estes productos de secreção e pôr bem á n ú a superficie da mucosa. As concreções que recobrem a conjunctiva comprommettem a acção do caustico, os liquidos morbidos dissolvem uma certa quantidade e prejudicão conseguintemente a localisação exacta que se procura obter. Terminada a operação, toda a superficie cauterisada cobre-se de uma delgada pellicula, esbranquiçada, superficial, escára que não deve interessar senão a camada epithelial. N'este momento um pincel molle e flexivel, imbebido na solução de chlorureto de sodio (10 grams. de chl. de sodio para 30 grams. d'agua) é extensamente passado sobre esta superficie, de modo a neutralisar exactamente o excesso do caustico. O Dr. Moura Brazil ajunta á esta solução algumas gottas de uma solução de acido carbolico (30 centigr. de acido carbolico para 30 grams. d'agua), como antiseptico. Termina-se com lavagens de agua pura, practicadas do mesmo modo. Sobre a palpebra inferior a operação apresenta menos difficuldades. Tomando todas as precauções precedentemente indicadas, basta applicar o dedo sobre a face cutanea, arrastal-a directamente para baixo e comprimir o bordo ciliar sobre o rebordo orbitario. Si o pequeno doente olha para cima, o descobrimento do fundo de sacco inferior é ainda muito mais completo. A acção do caustico deve attingir todos os pontos primitivamente affectados e respeitar a conjunctiva bulbar cuja infiltração é sempre consecutiva á inflammação das outras partes da conjunctiva, e desapparece espontaneamente desde que o estado da mucosa dos fundos de sacco e das palpebras é sufficientemente modificado. E' preciso tocar sobretudo a mucosa palpebral e os

fundos de sacco cuidadosamente e em toda sua extensão. Muitas vezes não se obtém o resultado desejado ; a secreção purulenta continúa, e a conjunctivite prosegue sua evolução progressiva, pois que certas partes doentes e algumas dobras da mucosa dos fundos de sacco têm escapado á acção do caustico, continuão a secretar um pús virulento e inoculão de novo, no momento da quéda da escára, as partes visinhas modificadas por uma primeira cauterisação. E' um circulo vicioso de que não se póde sahir senão obtendo uma modificação de toda a extensão da superficie doente.

Modo de acção do caustico. — A cauterisação modifica muito vantajosamente o estado purulento : eis aqui um resultado de todo incontestavel. Depois de Graefe, os ophthalmalogistas têm procurado a interpretação theorica d'este facto.

Para uns, a maior parts dos cirurgiões francezes, não ha aqui senão uma applicação do methodo substituitivo ; á uma inflammação especifica virulenta, contagiosa, sem tendencia á cura espontanea, substitue-se, pela acção do caustico, uma inflammação franca com tendencia á cura rapida. Outros invocão de preferencia a acção destruitiva que exerce sobre o elemento virulento o nitrato de prata.

Um meio de resolver a questão seria indagar si, depois de uma ou de muitas cauterisações, a conjunctiva cessa de secretar um pús, um liquido contagioso. Menos preoccupados com virulencia e especificidade, Graefe, Wecker e outros ligão uma importancia capital ao estudo dos phenomenos consecutivos á cauterisação. Que se observe o que se passa na superficie de uma conjunctiva sã, que se acaba de tocar com um caustico, o nitrato de prata por exemplo. Uma escára produz-se em todos os pontos que têm soffrido o contacto do caustico. Esta escára é um corpo estranho : ella deve ser eliminada ; além d'isto, é preciso tomar em conta a excitação vascular directamentr determinada pelo caustico. Em uma extensão variavel, em torno da escára e sobre a propria escára, a mucosa apresenta uma hyperemia logo consideravel, os tecidos sub-mucosos infiltrão-se de serosidade, o edema estende-se aos tecidos sub-cutaneos ; as secreções exagerão-se, tornão-se logo sero-mucosas e mesmo purulentas ; toda a região apresenta uma notavel elevação de temperatura ; as dôres

são muitas vivas. O conjuncto d'estes phenomenos constitue um verdadeiro periodo de reacção ; elle dura tanto tempo quanto a eliminação da escára, vinte e quatro horas na média. Terminada a eliminação, todo este trabalho inflammatorio pára e dá lugar á um trabalho de reparação : a sec reção purulenta esgota-se, a turgescencia dos tecidos enfraquece, e o epithelium regenera-se nos pontos que occupava a escára. Observa-se phenomenos analogos sobre uma conjunctiva affectada de inflammação purulenta : após a cauterisação, exasperação da hyperemia, das secreções purulentas e da dôr, verdadeiro periodo de reacção ; depois periodo de reparação, esgota mento das secreções, regeneração do epithelium. Durante este periodo de reparação, a dôr perde muito de sua agudeza, ella é surda, supportavel; a tumefacção das palpebras e o edema da c onjunctiva bulbar diminuem, a affecção marcha evidentemente para a cura. Mas é raro uma só cauterisação dar um resultado definitivo ; ás mais das vezes, após este periodo de reparação, a secreção puruleuta estabelece-se de novo, as dôres reapparecem, e, si não se practica uma nova cauterisação em tempo opportuno, a conjunctivite purulenta, um momento melhorada, retoma a intensidade que ella tinha antes da primeira cauterisação. D'estas observações resulta, pois, que a cauterisação obra efficazmente contra o estado purulento da conjunctiva, excitando os vasos, e deter minando a formação de uma escára ; os phenomenos que acompanhão e seguem a eliminação d'esta escára, transsudação serosa abundante, acceleração da circulação conjunctival, dep ois abatimento dos tecidos, cessação das dôres durante a reproducção da camada epithelial, taes são os processos pelos quaes a cauterisação põe fim á purulencia e preduz a cura.

Refrigerantes. — A preducção da escára é immediatamente seguida, nós acabamos de vêr, de um periodo de reacção.

Esta reacção torna-se perigosa si excede um certo limite.

Por exemplo, o chimosis póde tomar taes proporções em consequencia da exageração do edema sub-mucoso que as complicações corneanas, até alli sómente imminentes, tornão-se inevitaveis. E' então que intervém utilmente o emprego dos refrigerantes. A feliz influencia do frio é conhecida desde muito tempo no tratamento das inflammações agudas em geral, e sobtetudo, depois de Chassaignac, no tratamento da ophthalmia puruienta. Mas o frio

só, nós já o vimos, é incapaz ás mais das vezes de estancar a secreção purulenta; elle modera os phenomenos do primeiro periodo, tumefacção, hyperemia, dôr : elle não impede a inflammação de proseguir sua marcha. Póde-se dizer, o mais util progresso realisado no tratamento da ophthalmia purulenta consiste no emprego combinado, methodico, dos causticos e dos refrigerantes, do nitrato de prata e do gelo. De tal modo que, em sua recente obra, o Dr. Abadie poude escrever estas palavras : « Toute conjonctivite purulente convenablement *soignée dès le début, alors qu'il n'existe pas encore de lésions cornéennes*. guérira rapidement et sans laisser de traces. »

Como convem empregar o frio ? Chassaignac applica-o do seguinte modo :

A criança é deitada sobre um leito guarnecido de oleado; um ajudante fixa a cabeça, um outro abre as palpebras. A agua fria com o auxilio de um canudo de borracha, desce de um reservatorio collocado á alguns metros de altura. A extremidade livre do canudo é munida de um tubo metallico com torneira que permitte moderar a força do jacto.

O cirurgião segura esta extremidade do canudo e dirige a corrente de agua fria sobre a conjunctiva, evitando a cornea e tocando a mucosa obliquamente para evitar produzir ahi alguma contuzão. E', como se vê, uma verdadeira ducha ocular o processo de Chassaignac. Ella dura de cinco a quinze minutos : repete-se-a cinco, seis e dez vezes por dia, mais vezes mesmo, segundo a intensidade dos phenomenos inflammatorios e a abundancia da secreção purulenta. Este processo de Chassaignac, preencheria sem duvida o fim desejado, mas elle é de uma installação difficil, e o menor deslocamento do tubo ou da cabeça do pequeno doente basta para subtrahir o olho á irrigação. Os fragmentos de gelo, contidos em bexigas e applicados sobre o olho, devem ser de todo regeitados.

Este apparelho é pesado, penoso, e não produz uma refrigeração sufficiente. O melhor meio de empregar o frio é o seguinte : Ao pé do doente colloca-se uma bacia de mãos cheia d'agua, que fragmentos de gelo mantêm em uma muito baixa temperatura, compressas simples ou duplas, da largura da mão, são imbebidas n'esta agua, e depois applicadas sobre o olho

doente : ellas recobrem igualmente as regiões visinhas. Estas compressas aquecem-se rapidamente e devem ser frequentemente renovadas, de dous em dous minutos pouco mais ou menos. A refrigeração, começada logo depois da cauterização, deve ser continuada durante todo o tempo que existe symptomas de reacção, 4 a 5 horas geralmente. Não é preciso occultar que ha ás vezes algum inconveniente em prolongar além da medida esta refrigeração, por exemplo nos casos de infiltração purulenta muito extensa da cornea. N'estas condições a experiencia tem demonstrado (Wecker) que o frio prolongado além de duas ou tres horas após cada cauterização póde accelerar a necrose do tecido corneano.

As compressas geladas, cuja acção extende-se tambem ás regiões visinhas do olho, têm sido accusadas de produzir nevralgias rebeldes do trigemio (Follin). Mas estes factos são muito raros e não poderião fazer-nos renunciar a um meio tão efficaz de applicar o frio. Como quer que seja, o effeito produzido é muitas vezes maravilhoso. O frio modera a reacção, mas não a pára, o mesmo se dá com os phenomenos que a acompanhão, uteis á cura : exageração das secreções, transsudação serosa, eliminação da escára. Si, de quando em vez, se entreabre as palpebras, vê-se escorrer uma certa quantidade de um liquido sero-purulento, no qual nadão flocos esbranquiçados de muco-pús e fragmentos de escára em via de eliminação. D'ahi a necessidade de limpar o olho frequentemente, fazendo correr um filete d'agua fria entre as palpebras e varrendo com um pequeno pincel todos estes productos irritantes, e conservar assim um aceio rigoroso na superficie da conjunctiva.

Lavagens.—Para alguns cirurgiões, as lavagens, methodicamente praticadas, constituem quasi todo o tratamento da ophthalmia purulenta. Chassaignac empregava a agua fria sob duas fórmas : a ducha e a irrigação continúa. Já discrevemos o seu apparelho no capitulo precedente. Gosselin pratica as injecções de agua alcoolisada com o auxilio de uma pequena seringa de vidro. Uma pessoa entreabre as palpebras, a outra impelle a injecção em todas as dobras da mucosa. Estas injecções são repetidas de duas em duas horas no começo; mais tarde sómente de

tres em tres ou de quatro em quatro horas. Nos intervallos, applica-se sobre o olho as compressas de agua fria ou agua alcoolisada. Nós consideramos aqui as lavagens, não como tratamento exclusivo, mas sómente com o titulo de meros coadjuvantes uteis, após a cauterisação e a applicação do frio.

Além d'estas injecções de agua alcoolisada, outras tem sido aconselhadas. Assim, Fl. Cunier serve-se para alimpar as palpebras da solução de sublimado laudanisado; Bowmann emprega com successo as injecções de pedra-hume; Socquet as injecções iodo-tannicas. Além d'estas injecções, póde se empregar outros processos; póde-se por exemplo, expremendo uma esponja, fazer correr entre as palpebras um filete de agua morna ou fria, ou ainda, lavar os olhos com leite tepido. As compressas de agua gelada, além da acção refrigerante que possuem, servem tambem para alimpar o olho, comtanto que sejão frequentemente renovadas; a medida que os productos de secreção e os destroços da escára se insinuão entre as palpebras, a agua que escorre das compressas as arrasta de um modo continuo. Não esqueçamas tão pouco a lavagem de pincel: as palpebras sendo entreabertas, varre-se com a ponta d'este pincel o pús, as mucosidades que se accumuião sobre a conjunctiva. De uma maneira geral, é preciso repetir muitas vezes estas lavagens e estas limpezas, sobretudo no começo, então quando as secreções são espessas e abundantes. Algumas vezes destroços de pús dessecado accumulão-se sobre as palpebras, agglutinão os cilios e embaração as lavagens e o exame do olho. Previne-se facilmente este inconveniente tendo cuidado de manter as palpebras constantemente untadas de um corpo gorduroso: oleo de amendoas doces, cold-cream, etc.

Em que momento deve-se praticar uma nova cauterisação?

O estudo dos phenomenos consecutivos á acção do caustico, que exposemos precedentemente, segundo Graefe e Wecker, fornece a esta questão uma resposta sufficiente. Estes phenomenos succedem-se na ordem seguinte: reacção vascular mais ou menos violenta segundo a energia do caustico empregado durante a eliminação da escára, sedação, collapso dos tecidos turgescentes durante a regeneração do epithelium, emfim volta dos accidentes primitivos. E' evidente que, durante os dous primeiros periodos uma nova intervenção não é de modo algum indicada.

E' inutil e póde mesmo ser nocivo augmentar ainda a reacção, como tambem pertubar o trabalho de regeneração do epithelium. E' pois sómente no momento em que vão reapparecer os accidentes iniciaes que convem practicar uma nova cauterisação. A regeneração do epithelium termina-se ordinariamente no fim de 24 a 36 horas. Assim, para serem realmente uteis, as cauterisações consecutivas devem ser practicadas em tempo opportuno. Nos achamos collocados entre dous escólhos igualmente funestos: cauterisar muito cedo ou muito tarde. Muito cedo, a primeira cauterisação não póde produzir seu effeito therapeutico, e a reacção vascular póde então tomar proporções inquietadoras; muito tarde, os accidentes têm reapparecido; nos achamos inteiramente nas mesmas condições que no começo, e a primeira applicação do caustico fica pelo menos inutil. O numero das cauterisações não póde, pois, ser determinado: varia naturalmente segundo a intensidade e a naturaza que affecta a molestia. Cada nova cauterisação deve ser seguida de uma applicação de compresas geladas, cuja duração será propocionada a reacção produzida. Mais tarde, quando a secreção purulenta estancar e quando a conjunctivite reduzir-se ás proporções de um catarrho conjunctival, se poderá substituir as soluções de nirrato de prata a 2/100 pelas soluções ao 100°, ao 200° e mesmo ao 300°.

Tratamento das complicações.—Quando a ophthalmia purulenta se complica de affecção da cornea, é preciso continuar, não obstante, as cauterisações, pois que a purulencia em si mesma favorece a extensão da molestia da cornea.

E' preciso sómente, após as cauterisações, neutralisar cuidadosamente pela agua salgada, lavar muitas vezes a superficie cauterisada, facilitar por meio de escarificações a prompta eliminação da escara, e tirar esta ultima logo que fôr destacada. Si existe um fórte chimosis, as escarificações devem ser feitas largamente. Esta pequena operação se pratica facilmente com um bisturi convexo ordinario ou melhor ainda com o escarificador de Desmarres. As palpebras são viradas, e o operador obra sobre as partes mais vivamente congestionadas. Elle pratica pequenas incisões parallelas sobre a conjunctiva bulbar e sobre os fundos de sacco. Todas estas incisões devem ser superficiaes e não interessar senão o

corpo papillar da conjunctiva. Haveria sérios inconvenientes em as fazer mais profundas : provocar-se-hia assim a formação de cicatrizes mais on menos extensas, o que é preciso sempre evitar, e, por ourto lado, em uma cauterisação ulterior, a acção do caustico poderia attingir as camadas mais profundas da conjunctiva e mesmo os tecidos sub-mucosos.

As escarificações dão um melhor resultado quando são praticadas alguns instantes depois da cauterisação, durante a eliminação da escara, em pleno periodo de reacção.

Quando a cornea apenas apresenta um ligeiro despolimento e não existe erozão superficial, o melhor topico é a instillação, duas ou tres vezes por dia, de um collyrio de sulfato de atropina (2 a 5 centigrammas para 10 grammas d'agua). Além da acção adstringente que exerce a atropina sobre os pequenos vasos, ella acalma as dôres, e sobretudo, fazendo dilatar a pupilla, oppõe-se ao estabelecimento de adherencias e de synéchias muito cummuns após a ophthalmia purulenta (Duplay).

Si ha tendencia á producção de um abcesso corneano, o que se reconhece pela apparição de uma zona ou de um nucleo de infiltração amarellada, superficial, o melhor é praticar a paracentesis do abcesso e simultaneamente da camara anterior. D'este modo diminue-se a pressão intra-ocular, o que permite a cicatrisação mais facil da ulcera corneana. A puncção se pratica com um instrumento especial, denominado agulha de paracentesis. E' preciso ter cuidado em regular o corrimento do humor aquoso, mantendo o instrumento na ferida durante um certo tempo, de modo que a iris e algumas vezes mesmo o crystallino não sejão bruscamente projectados para a ferida corneanna. Esta ferida se fecha bastante rapidamente, e por detraz restabelece-se a tensão na camara anterior. E' preciso tambem abril-a de novo, todos os dias, afim de evacuar o humor aquoso, até que a ulceração esteja em via de reparação manifesta.

Comprehende-se facilmente as vantagens que apresenta a perfuração artificial sobre a perfuração espontanea : esta não estabelece-se ás mais das vezes senão depois de um amollecimento muito extenso da cornea ; ella produz-se brusca e inesperadamente ; a iris e mesmo o crystallino impellidos para adiante vêm fazer hernia atravéz da perda da substancia : d'ahi lesões muito

comprommettedoras para o futuro : leucoma cicatricial muito extenso, impedindo completamente a passagem dos raios luminosos, encravamento da iris,cyclite, luxação do crystallino, cataracta, etc. A paracentesis praticada em tempo opportuno preserva o doente de todos os perigos.

Quando a perfuração da cornea tem já tido lugar, e observa-se a presença da iris na ferida, é preciso tentar, por um emprego energico da pilocarpina e da atropina, reconduzil-a a sua posição normal. A applicação alternativa d'estes dous medicamentos tem dado algumas vezes bons resultados (Meyer), mais muitas vezes o prolapso é muito consideravel para que se possa ter confiança no successo do meio indicado. Si elle excede o nivel da cornea, deve-se tentar reduzil-o, até que seja demonstrado que é irreductivel. Serve-se de um pequeno colchete rombo, construido para este uso, e comparavel a um colchete de strabismo moderadamente curvado.

O iris reduzido, instilla-se frequentemente collyrio de atropina de modo a prevenir a reproducção da hernia irianna. Si a reducção é impossivel. e a saliencia bastante volumosa, o melhor é excisal-a completamente rente á ulceração corneanna. As pinças e as tesouras de iridectomia convêm muito bem para esta operação. O crystallino pode deslocar-se,ou mesmo insinuar-se na perfuração corneana. Em todos estes casos a sua extracção é indicada. Si a perfuração é insufficiente para lhe dar passagem, é facil alargal-a com a faca de Graefe. E' a pratica que aconselhão a maior parte dos ophthalmologistas.

Si o corpo vitreo, após a extracção do crystallino, faz hernia na ferida corneana, faz-se escorrer algumas gottas, praticando a puncção da membrana hyaloidiana. Esta maneira de obrar facilita a formação da cicatriz. Previne-se assim a perda completa do olho, e procura-se mesmo a possibilidade de restituir mais tarde ao doente uma parte, algumas vezes bastante notavel, de sua visão pela operação da pupilla artificial.

A faxa compressiva é em geral muito util no tratamento das das affecções ulcerosas da cornea. Sustenta a face anterior d'esta membrana e modera assim muito vantajosamente os effeitos da pressão intra-ocular que ella supporta sobre sua face posterior.

Infelizmente esta faxa não é de uma applicação facil no curso da ophthalmia purulenta.

As lavagens da conjunctiva, sempre uteis no tratamento da ophthalmia purulenta, são indispensaveis quando existem lesões corneanas.

A conjunctivite purulenta, tratada de uma maneira insufficiente ou abandonada a si mesma, passa algumas vezes, como já vimos, ao estado chronico. A turgescencia dos tecidos, o edema. chemosis, as dôres, desapparecem ; mas resta um espessamento da mucosa, vegetações papillares muito desenvolvidas nos fundos de sacco.

Contra este estado chronico da conjunctiva, os causticos são ainda indicados, não só o nitrato de prata, como tambem o sulfato de cobre e o acetato de chumbo.

Este ultimo produz muitas vezes excellentes resultados; elle reprime rapidamente o *bourgeonnement* das granulaçães papillares. Finalmente, os autores aconselhão mudar de vez em quando o o caustico empregado, á acção do qual a conjunctivo acaba por habituar-se.

PROPOSIÇÕES

ATROPINA

I

A atropina ($C^{34}H^{23}AzO^{6}$) foi descoberta em 1830 por Mein, e mais tarde estudada por Gerger e Hesse.

II

A atropina é o principal alcaloide da belladona.

III

Ella existe em todas as partes da planta, mas em mais fórte proporção nas folhas, nos fructos e nos grãos do que na raiz.

IV

A atropina é uma substancia cristallina, sem côr, sem odôr, de sabor amargo e acre.

V

Ella funde-se a 90° e volatilisa-se a 140,° decompondo-se em grande parte.

VI

E' muito soluvel no alcool, dissolve-se em 35 partes de ether frio, 6 partes de ether fervendo, 200 partes de agua fria e 54 partes de agua fervendo.

VII

Ao contacto da agua e do ether na temperatura ordinaria, a atropina torna-se incristallisavel.

VIII

Tratada pelos agentes oxydantes, ella dá acido benzoico e hydrureto de benzoylo.

IX

Aquecida com a agua de baryta a 180°, ella se desdobra em uma nova base, denominada tropina, $C^8H^{15}AzO^{15}$, e em um acido tropico $C^9H^{10}O^3$.

X

Obtem-se a atropina tratando as folhas de belladona sucessivamente pelo tanino, pela potassa e pelo ether.

XI

O sulfato de atropina, muito empregado em medecina para produzir a dilatação da pupilla, mostra-se sob a fórma de agulhas muito delgadas, insoluveis no ether, muito soluveis no alcool e no ether.

XII

Prepara-se o sulfato de atropina, ajuntando uma solução de 10 partes de atropina,no ether puro secco, á uma mistura de uma parte de acido sulfurico e 10 partes de alcool.

XIII

A atropina é um veneno violento, mesmo em dóses muito fracas.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

HEMORRHAGIAS PUERPERAES

I

Hemorrhagias puerperaes são todos as accidentes hemorrhagicos de que as mulheres pódem ser affectadas, antes, durante ou depois do parto, ligados ou não ao feto e aos seus annexos, e reconhecendo por causa a exageração das modificações que a prenhez imprime á circulação geral.

II

As hemorrhagias puerperaes pódem ser externas, internas ou mixtas.

III

As suas causas são de tres ordens : predisponentes, determinantes e especiaes.

IV

As predisponentes são . o estado de prenhez ; os temperamentos muito distinctos, como os temperamentos sanguineos, nervosos e lymphaticos ; a mudança de clima ; os excessos de prazeres do amor ; a fadiga, a frequencia dos bailes, dos espectaculos, das reuniões numerosas, em que a temperatura é elevada e o ar impuro, etc., etc.

V

As determinantes são : a perdurabilidade das causas predisponentes, as emoções deprimentes ou expansivas e as commoções brandas ou energicas.

VI

As especiaes são : a inserção viciosa da placenta, a ruptura do cordão umbelical ou de seus vasos, e a retracção brusca do utero.

VII

As hemorrhagias puerperaes externas diagnosticão se facilmente, porém, para o diagnostico da interna e mixta, é preciso attender aos phenomenos geraes, e proceder entretanto á exploração externa ou interna.

VIII

O prognostico das hemorrhagias puerperaes, que geralmente é gravissimo, varia segundo a fórma da hemorrhagia, segundo a epoca de sua manifestação e segundo a sua intensidade.

IX

O prognostico será tanto mais grave quando as hemorrhagias forem internas, mixtas, quando se manifestarem no 7º ou 8º mez da prenhez ou, finalmente, quando dependerem de uma inserção viciosa da placenta.

X

O tratamento, que póde ser prophylatico ou curativo, depende do emprego de meios geraes ou especiaes, segundo que influem certas circumstancias.

XI

Os meios geraes no tratamento das hemorrhagias puerperaes consistem principalmente na posição conveniente da mulher no leite, no uso da sangria geral si o estado da mulher o indica, na applicação de adstringentes e revulsivos.

XII

Entre os meios especiaes é notavel o tampão, que apezar de alguns inconvenientes, quando convenientemente applicado e não demorado, é um recurso muitas vezes indispensavel.

HYPOEMIA INTERTROPICAL

I

A hypoémia intertropical, tambem denominada malacia dos negros, cachexia africana, *mal d'estomac*, *mal de cœur*, oppilação, anemia intestinal, etc., é uma molestia propria dos climas quentes e humidos.

II

O maior numero de individuos affectados de hypoémia pertence a profissão agricola.

III

Algus autores attribuem esta molestia á presença de vermes denominados ankylostomos duodenaes.

IV

Estes hermintos, tendo sido observados em outros estados morbidos que nem sempre nos cadaveres de hypoémicos, não podem ser considerados a causa determinante da hypoémia.

V

As suas principaes causas são : o ar quente e humido, o máo regimem alimentar, a inconstancia da temperatura ambiente e todos as condições debilitantes do organismo.

VI

Alguns authores attribuião grande influencia á geophagia como causa determinante da hypoémia ; hoje, porém, todos estão accordes em considerar esta perversão do appetite como uma das manifestações symptomaticas da molestia.

VII

A hypoémia não respeita idade, raça, sexo, desde que suas causas actúão com permanencia sobre o organismo.

VIII

As principaes lesões encontradas nos cadaveres dos hypoémicos são dependentes do estado dyscrasico do sangue.

IX

O começo da hypoémia é sempre lento e insidioso.

X

Os seus principaes symptomas são: dyspnéa, perversão do appetite, constipação, meteorismo abdominal, gastralgia, hydropisias em diversos orgãos, descoramento da pelle e das mucosas, ruidos de sôpro cardio-vasculares, vertigens, palpitações, tristeza, aversão ao trabalho e um descoroçoamento moral e physico.

XI

O seu diagnostico é algumas vezes difficil.

XII

As desordens especiaes observadas para o lado do tubo digestivo, distinguem a hypoémia das outras molestias hydropigenicas e das diversas anemias.

XIII

O facto da hypoémia ser frequentemente accompanhada de hydropsias, a falta de engorgitamento do figado e do baço e a inefficacia do sulfato de quinina differenção esta molesiia da cachexia paludosa.

XIV

O seu prognostico é ordinariamente grave.

XV

O tratamento hygienico é indispensavel.

XVI

Os ferruginosos representão um papel importantissimo no tratamento da hypoémia intertropical.

Hippocratis Aphorismi

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax judicium difficile.

Sect. I. Aph. 1.

II

Ophthalmia laboratem ab alvi profluvio corripi, bonum.

Sect. IV. Aph. 17.

III

Oculorum dolores exhibita meri potione et copiosce aquœ calentis balneo venœ fetione curato.

Sect. VII. Aph. 46.

IV

Mulieri, menstruis deficientibus, e naribus sanguinem fluere, bonum.

Sect. V. Aph. 33.

V

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, soluntio fit.

Sect. V. Aph. 32.

VI

Acutorum morborum non omnino certœ sunt prœdictiones, neque salutis, neque mortis.

Sect. II. Aph. 12.

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio de Janeiro, 3 de Outubro de 1883.

Dr. Caetano de Almeida.

Dr. Benicio de Abreu.

Dr. Oscar Bulhões.